

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização


Pessoa em Situação Crítica

Intervenção Especializada do Enfermeiro na Avaliação e Controlo da Dor na Pessoa em Situação Crítica

Ana Filipa Gomes Mortágua Nunes

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

Intervenção Especializada do Enfermeiro na Avaliação e Controlo da Dor na Pessoa em Situação Crítica

Ana Filipa Gomes Mortágua Nunes

Relatório de Estágio orientado por:

Professora Anabela Mendes

2014



RESUMO

O presente Relatório de Estágio surge no contexto da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do III Curso de Mestrado na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, que se desenvolveu em três locais distintos. Tendo consciência de que a dor é um problema de saúde pública, com repercussões a vários níveis, cuja gestão pode ser um desafio, o percurso apresentado teve como fio condutor a Intervenção Especializada do Enfermeiro na Avaliação e Controlo da Dor na Pessoa em Situação Crítica.

O relatório tem como objetivos descrever e fazer uma análise retrospectiva e reflexiva sobre as atividades desenvolvidas durante os estágios, fazendo emergir as competências de enfermagem especializadas desenvolvidas. Para a sua construção baseei-me na reflexão sobre as experiências vividas em contexto clínico e na revisão científica, em articulação com os referenciais teóricos de Patricia Benner e Katherine Kolcaba.

Foram desenvolvidas competências de enfermagem especializadas no âmbito do cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, nos seus vários domínios, no âmbito da intervenção no controlo e prevenção da infeção perante a pessoa em situação crítica e competências gerais no domínio da melhoria da qualidade e da gestão dos cuidados. Com o desenvolvimento das atividades e consecução dos objetivos, e de acordo com os níveis de competência definidos por Benner (2001), tracei um caminho que me permitiu atingir o nível de perito na área da gestão da dor e de proficiente em outras áreas de cuidado à pessoa em situação crítica e sua família.

A atitude reflexiva e a intervenção ativa, em contexto de estágio, após a identificação de situações problema, constituiu um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, que poderão ter repercussões positivas nos ganhos em saúde.

Palavras-chave: Gestão da Dor, Conforto, Pessoa em Situação Crítica, Enfermagem.

ABSTRACT

This Internship Report arises in the context of the III Master Degree, Specialization Area of Person in Critical Situation, of the *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*, which was developed in three separate locations. Being aware that pain is a public health problem with negative consequences at various levels and that its management can be a challenge, the developed work was based in the Specialized Intervention of Nurse in the Assessment and Management of Pain in the Person in Critical Situation .

The report aims to describe and make a retrospective and reflective analysis of the activities conducted during the internship, pointing out the specialized nursing skills developed. Its construction was based on the reflexion about the experiences taken in clinical practice, on the scientific review, combined with the theoretical frameworks of Patricia Benner and Katherine Kolcaba.

Specialized nursing skills developed were related to the care of the person experiencing the complex processes of critical illness and/or organ failure, in its various fields and to the intervention in the prevention and control of infection in person in critical condition. General specialized nursing skills were developed in the field of quality improvement and care management. With the development of activities and achievement of goals, and in accordance with the levels of competence defined by Benner (2001), I traced a path that allowed me to reach the level of expert in the area of pain management and proficient in other areas of care of the person in critical condition and his family

The reflective attitude and active intervention in the context of the internships, after the identification of situation problems, was an important contribute to the improvement of the quality of nursing care, which may have positive impact on health gains

Key-words: Pain management, Comfort, Critical Care, Nursing

LISTA DE SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
BPS	Behavioral Pain Scale
BPS-IP	Behavioral Pain Scale – Intubated Patient
CCIH	Comissão Controlo de Infecção Hospitalar
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CPOT	Critical Pain Observation Tool
DGS	Direção Geral de Saúde
EAM	Enfarte Agudo do Miocárdio
ESCID	Escala de Conductas Indicadoras de Dolor
GAD	Grupo de Avaliação da Dor
IACS	Infecção Associada aos Cuidados de Saúde
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAV	Pneumonia Associada à Ventilação
PCR	Paragem Cardiorrespiratória
PNAD	Plano Nacional de Avaliação da Dor
RASS	Richmond Agitation Sedation Scale
SO	Sala de Observações
SPCI	Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
SR	Sala de Reanimação
SU	Serviço de Urgência
UC	Unidade Curricular
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1 – CUIDAR A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM DOR	14
1.1 – Avaliação da Dor na Pessoa em Situação Crítica	16
1.2 – Controlo da Dor na Pessoa em Situação Crítica	20
1.3 – Referencial Teórico	23
2 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	26
2.1 – Estágio I: Unidade de Cuidados Intensivos	27
2.2 – Estágio II: Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios	39
2.3 – Estágio III: Serviço de Urgência.....	44
3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57

APÊNDICES

Apêndice I: Estudo de Caso

Apêndice II: Sessão de Formação – Avaliação e Controlo da Dor no Doente Crítico
(Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios)

Apêndice III: Sessão de Formação – Avaliação e Controlo da Dor (Serviço de
Urgência)

Apêndice IV: Justificação da implementação de um protocolo de analgesia para as
pessoas vítimas de trauma no Serviço de Urgência

Apêndice V: Apreciações do percurso de aquisição/desenvolvimento de
competências

INTRODUÇÃO

A elaboração do presente relatório de estágio surge no contexto da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, do III Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. A UC desenvolveu-se ao longo de três períodos de estágio e teve como foco principal a *Intervenção Especializada do Enfermeiro na Avaliação e Controlo da Dor na Pessoa em Situação Crítica*.

A dor é um fenómeno causador de sofrimento, transversal a todos os Seres Humanos nalgum ponto da sua vida, associado a diminuição da qualidade de vida e do bem-estar, e que acompanha a maioria das situações que requerem cuidados de saúde. É uma experiência sensorial, subjetiva e multidimensional, cuja perceção pode ser influenciada por vários fatores (International Association for the Study of Pain, 1994). A dor pode ser essencial para prevenir o aparecimento ou agravamento de lesões, no entanto, cumprida essa função de alerta, o prolongar do fenómeno doloroso pode acarretar efeitos nefastos fisiológicos e psicológicos para a pessoa (DGS, 2008).

Além dos efeitos no organismo, as repercussões da dor são também significativas a nível socioeconómico, pelos custos associados ao recurso frequente a cuidados de saúde e ao consumo de terapêutica e pelas co-morbilidades decorrentes da dor que podem condicionar perda de produtividade, o que leva a custos indiretos pelo aumento da atribuição de compensações e subsídios (DGS, 2013).

Em Portugal, a gestão adequada da dor tem sido alvo de uma crescente preocupação em cuidados de saúde. Em 2003, tornou-se o país pioneiro na Europa a instituir a dor como 5º sinal vital, assumindo que o seu controlo eficaz constitui-se como “um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde” (DGS, 2003, p. 1).

O enfermeiro ocupa uma posição privilegiada junto da pessoa doente, sendo aquele que se encontra mais próximo e que dispõe de maior tempo de contacto com ela. Neste sentido, deve desempenhar um papel preponderante na identificação dos

fatores passíveis de desencadear ou potenciar a dor, na sua correta avaliação através da seleção de instrumentos adequados e na implementação de medidas de alívio, através de intervenções autónomas ou interdependentes.

As pessoas que se encontram em situação crítica sofrem habitualmente dor, causada quer pela situação patológica subjacente, quer pelos procedimentos de diagnóstico e tratamento a que são submetidos. A presença de dor constitui-se como um fator causador de *stress* para a pessoa doente, que pode potenciar o desenvolvimento de problemas e complicações e prejudicar a recuperação (Swearingen & Keen, 2001). Dado o carácter subjetivo e multidimensional da dor, a sua correta avaliação torna-se um desafio para os profissionais de saúde. As características da pessoa em situação crítica tornam-na ainda mais vulnerável e exigem dos profissionais uma preocupação acrescida relativamente à sua segurança e um papel ativo na avaliação e controlo da dor (Herr, et al., 2006).

Num ambiente de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), maioritariamente tecnológico e frequentemente associado a sofrimento, proporcionar conforto à pessoa doente, promovendo o seu bem-estar e da sua família deve ser uma preocupação central do exercício da Enfermagem (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011). A satisfação da necessidade de conforto constitui-se um resultado holístico e universalmente desejável, relativo à disciplina da Enfermagem e transversal a vários níveis e contextos (Kolcaba, 1994), em que o controlo adequado da dor assume uma componente significativa.

Considerando a multidimensionalidade e elevada prevalência da dor, a DGS reconhece a necessidade dos profissionais de saúde investirem numa formação aprofundada, especializada e frequentemente atualizada sobre dor, de forma a melhorar a sua abordagem (DGS, 2013).

A motivação para o desenvolvimento aprofundado de competências nesta área partiu da tomada de consciência da problemática da dor e das suas repercussões negativas em termos fisiológicos, psicossociais e económicos. Além disso, a partir da observação e reflexão sobre o meu contexto de trabalho, considero que um maior investimento na formação de todos os profissionais poderia dotá-los de maiores competências, potenciar o seu desempenho e melhorar a qualidade dos cuidados prestados, com efeito nos ganhos em saúde.

A crescente evolução dos cuidados de saúde exige dos profissionais uma busca constante de novos conhecimentos e saberes, de modo a fazer face à crescente exigência do meio, em que o investimento numa formação aprofundada e especializada contribui certamente para a prestação de cuidados com maior qualidade e segurança. Com o desenvolvimento deste percurso pretendo adquirir ou desenvolver competências que me permitam prestar cuidados especializados à pessoa em situação crítica com dor e à sua família, com vista à maximização do seu conforto, desempenhando um papel ativo na promoção da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa com dor.

O enfermeiro especialista é aquele que detém

“um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Ordem dos Enfermeiros, 2010b, p. 1).

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, que exigem

“observação, colheita e procura contínua, de forma sistemática e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (Ordem dos Enfermeiros, 2010a, p. 1).

Assim, ao longo do percurso de estágio, procurei desenvolver competências de Enfermagem Especializadas na área da Pessoa em Situação Crítica, com enfoque no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, onde se salienta a intervenção do enfermeiro na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas (Ordem dos Enfermeiros, 2010a). A prestação de cuidados de enfermagem especializados pressupõe o desenvolvimento de competências ao longo de cinco níveis que colmatam no nível de perito (Benner, 2001), pelo que a minha ação foi dirigida no sentido de atingir o estadió de competências de proficiente a perito nos vários domínios. Relativamente à avaliação e controlo da dor, Benner (2001, p. 77) refere que “tomar medidas para assegurar o conforto do doente e a preservação da sua personalidade face à dor e a um estado de extrema fraqueza” e “interpretar os diferentes tipos de dor e escolher as estratégias apropriadas para as controlar e gerir”

são competências que se incluem no domínio da função de ajuda e que o enfermeiro perito deve desenvolver.

O percurso realizado ao longo da UC pretendeu ainda dar resposta às competências definidas pelos descritores de Dublin para aquisição do grau de Mestre, nomeadamente desenvolver e aprofundar conhecimentos já adquiridos, aplicar e integrar conhecimentos em novos contextos, que permitam lidar com situações complexas ou desenvolver soluções e difundir o conhecimento através da comunicação de conclusões e raciocínios, desenvolvendo uma aprendizagem autónoma e auto-orientada (Direção Geral do Ensino Superior, 2008).

Os estágios foram desenvolvidos em três locais diferentes. O primeiro local escolhido foi uma UCI Médico-Cirúrgica de um Hospital Central de Lisboa, com um projeto implementado de avaliação de dor ao doente sedado e ventilado, através da Behavioral Pain Scale (BPS); o segundo local foi o meu contexto de trabalho atual, uma UCI Respiratórios, e o último estágio foi realizado no Serviço de Urgência (SU) de um Hospital Central de Lisboa.

A realização do relatório teve por base os objetivos definidos para os contextos de estágio, revelando não só as atividades desenvolvidas mas também a capacidade de refletir na ação e sobre a ação. A prática reflexiva constitui-se como um importante meio de capacitação dos profissionais na aquisição de um conhecimento aprofundado dos seus saberes e das suas práticas (Santos & Fernandes, 2004), pelo que se constituiu como um elemento chave para o desenvolvimento de competências. Desta forma, o presente relatório tem como objetivos:

- Descrever o percurso realizado ao longo dos estágios, previamente delineado através do projeto de estágio;
- Demonstrar as estratégias desenvolvidas no processo de aprendizagem;
- Refletir criticamente sobre as atividades realizadas e analisar o seu contributo para a melhoria dos cuidados de enfermagem;
- Evidenciar as competências de enfermagem especializadas adquiridas e/ou desenvolvidas;
- Relatar as dificuldades ou limitações sentidas, durante o desenvolvimento do trabalho.

O documento encontra-se dividido em duas partes principais. Primeiramente é exposto o enquadramento que sustenta cientificamente o percurso, onde é exposto o quadro teórico e conceptual que lhe serve de referência. Seguidamente são descritas e analisadas criticamente as atividades realizadas em contexto de estágio, com evidência das competências desenvolvidas. Por fim, são apresentadas algumas considerações finais sobre o caminho percorrido e posteriormente apresentados, em apêndices, documentos realizados no decorrer do estágio, relevantes para o enriquecimento do relatório.

1 – CUIDAR A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM DOR

A dor é uma experiência causadora de sofrimento e desconforto, transversal a todo o Ser Humano nalguma fase da sua vida, que influencia diretamente o bem-estar da pessoa que a experiencia. É definida pela *International Association for the Study of Pain* (1994) como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão real ou potencial nos tecidos, ou descrita em função dessa mesma lesão. Tem sido classificada como uma experiência subjetiva e multidimensional, em que “fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais intervêm e contribuem para a sua subjetividade” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 11).

A dor pode desempenhar um papel fundamental para a integridade física da pessoa, uma vez que funciona como um sinal de alerta, que desencadeia respostas reflexas e/ou cognitivas, que têm por objetivo evitar ou prevenir o agravamento de lesões. No entanto, cumprida essa função, a dor não tem qualquer benefício para o organismo, trazendo um aumento do sofrimento e consequências fisiológicas e psicológicas nefastas (DGS, 2008). A dor não aliviada pode provocar o aumento da tensão arterial, da frequência cardíaca e da frequência respiratória, contração muscular reflexa, o que pode resultar em hipoventilação, aumento do trabalho cardíaco e diminuição da perfusão sanguínea (Calil & Pimenta, Intensidade da dor e adequação da analgesia, 2005).

A gestão adequada da dor tem sido alvo de uma crescente preocupação nos cuidados de saúde. Por esse motivo, em 2003 a DGS instituiu uma norma que classifica a dor como o 5º Sinal Vital. Este documento reconhece a dor como um sintoma que acompanha a maioria das situações que requerem cuidados de saúde e salienta que o seu eficaz controlo é um dever dos profissionais de saúde e um direito dos doentes, constituindo-se como um passo fundamental para a qualidade dos cuidados (DGS, 2003). Em 2008 é emitido o Programa Nacional de Controlo da Dor, que tem como

finalidade uniformizar a abordagem aos doentes com dor, promovendo o seu adequado diagnóstico e tratamento (DGS, 2008).

As pessoas em situação crítica experienciam frequentemente dor enquanto se encontram internados em UCI, devido a múltiplos fatores intrínsecos e extrínsecos (Li, Puntillo, & Miaskowski, 2008). Essa dor pode ser causada pela situação patológica subjacente ao internamento ou pelos procedimentos médicos e de enfermagem realizados. A ventilação mecânica e a aspiração de secreções, a imobilidade no leito, a alternância de decúbitos, as feridas e a presença de drenos ou cateteres são situações frequentes em UCI, que causam dor e desconforto nas pessoas a elas submetidas (Pudas-Tähkä, Axelin, Aantaa, Lund, & Salanterä, 2009). Nas *Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit* (Barr, et al., 2013), é afirmado que doentes adultos, com patologia médica, cirúrgica ou trauma, experienciam dor, tanto em repouso como decorrente dos cuidados a que são submetidos, e que a dor que deriva de procedimentos é comum. A perceção do fenómeno doloroso pode ainda ser potenciada pelo próprio ambiente da UCI, pela privação do sono ou por estados confusionais agudos (Alderson & McKechnie, 2013).

Corroborando estes dados, os resultados de um estudo realizado por Granja, Lopes, Moreira, Dias, Costa-Pereira e Carneiro (2005) em 10 UCI's portuguesas, revela que a dor é reportada, por 64% dos doentes que detinham recordações sobre o internamento, como uma das experiências mais stressantes sentidas durante esse período.

A importância de avaliar e controlar adequadamente a dor, nas pessoas em situação crítica em UCI, tem sido cada vez mais reconhecida e alvo de maior atenção. No entanto, verifica-se que na prática a dor é ainda subvalorizada e inadequadamente tratada (Alderson & McKechnie, 2013). Young, Siffleet, Nikoletti e Shaw (2006), numa tentativa de justificar esta subvalorização, afirmam que, face à gravidade das situações encontradas no contexto de UCI, o controlo da dor pode não ser considerado como uma prioridade e, nesse sentido, ser negligenciado. Os profissionais tendem a focalizar a sua atenção em situações que afetam diretamente a estabilidade da pessoa doente, transferindo a dor para segundo plano.

1.1 – Avaliação da Dor na Pessoa em Situação Crítica

Dado o seu carácter subjetivo e multifatorial, a avaliação da dor assume-se como um desafio para os profissionais de saúde. Nas pessoas em situação crítica, este desafio torna-se ainda mais complexo (Ahlers, et al., 2008) dado que frequentemente se encontram incapazes de comunicar eficazmente, como resultado de uma alteração do estado de consciência, *delirium* ou dificuldade em falar devido à presença do tubo oro-traqueal (Sessler, 2009).

Para uma adequada gestão da dor, na pessoa em situação crítica, é recomendado que esta seja monitorizada em todos os doentes e de uma forma sistemática (Barr, et al., 2013). Dada a subjetividade de que a dor é dotada, o relato feito pela própria pessoa é considerado o método mais fiável para a sua avaliação (Puntillo, et al., 2009). É considerado o *gold standard* e por isso, sempre que possível, deve ser o próprio doente a autoavaliar e a caracterizar a sua dor (Barr, et al., 2013).

Existem vários instrumentos de autoavaliação que podem ser utilizados para monitorizar adequadamente a dor. A DGS, na Circular Normativa N.º9, recomenda a utilização de uma escala validada internacionalmente, como a Escala Visual Analógica, a Escala Numérica, a Escala Qualitativa ou a Escala de Faces (DGS, 2003). O instrumento utilizado deverá ser sempre o mesmo para determinada pessoa, exceto se a situação clínica não o permitir. A sua aplicação carece de uma explicação prévia acerca da forma de utilização e da certeza de que a pessoa compreende o significado da escala, para que a autoavaliação exprima exatamente a dor sentida (Ordem dos Enfermeiros, 2008). A Escala Numérica é aquela que é mais comumente e facilmente utilizada, em que se pretende que a pessoa faça a correspondência entre a intensidade da sua dor e a classificação numérica entre 0 e 10, em que 0 corresponde a ausência de dor e 10 à dor máxima (dor de intensidade máxima imaginável) (DGS, 2003). Em doentes com capacidades cognitivas ou verbais limitadas, não sendo possível a quantificação, o autorrelato pode ser um simples sim ou não, quando questionados acerca da presença de dor (Herr, et al., 2006). No momento de avaliação da dor, deve ter-se presente que a sua intensidade é sempre aquela que é referida pela pessoa e reporta-se sempre ao momento da sua colheita (DGS, 2003).

Na pessoa em situação crítica, a capacidade para autoavaliar e reportar a dor está frequentemente comprometida, quer pela situação patológica, quer pelo tipo de tratamento aplicado (Alderson & McKechnie, 2013). Esta incapacidade para a pessoa comunicar verbalmente a sua dor, não implica necessariamente que a dor não exista (International Association for the Study of Pain, 1994), pelo que, os profissionais de saúde que lidam com este grupo específico de doentes, devem estar habilitados para detetar a dor através de outros métodos (Barr, et al., 2013). Recorrer às alterações que se observam nos parâmetros vitais, isoladamente, para detetar a presença de dor, não é aconselhado. Os doentes em UCI encontram-se frequentemente instáveis, e as alterações observáveis nos sinais vitais, podem ser consequência de alterações fisiológicas e hemodinâmicas ou de medicação administrada (Alderson & McKechnie, 2013). Contudo, uma alteração nesses parâmetros pode ser usada como um ponto de partida para monitorizar a presença de dor (Barr, et al., 2013).

Perante estas circunstâncias, deve fazer-se uso de recursos que permitam uma avaliação objetiva deste fenómeno (Payen, et al., 2001). De forma a colmatar as dificuldades de avaliação de dor em pessoas em UCI incapazes de comunicar, foram desenvolvidos instrumentos de monitorização, com base em indicadores comportamentais de dor, especialmente construídos e validados para doentes ventilados, sedados e que não conseguem comunicar verbalmente. A avaliação da presença ou ausência de dor através da observação de comportamentos é menos fiável do que a autoavaliação, contudo, nas pessoas em situação crítica, pode ser o método disponível preferível (Sessler, 2009). A *Behavioral Pain Scale* e a *Critical Care Pain Observation Tool* (CPOT) são recomendadas como sendo os instrumentos de melhor validade e fiabilidade para a avaliação de dor na pessoa em situação crítica sedada e ventilada (Herr, et al., 2006) (Cade, 2008).

No sentido de uniformizar as práticas de avaliação da dor na pessoa em situação crítica, sedada e ventilada, o Grupo de Avaliação da Dor (GAD) da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) implementou o Plano Nacional de Avaliação da Dor (PNAD). Numa primeira fase foi feito o diagnóstico da situação a nível nacional e concluíram que apenas 25% das UCI's utilizavam um instrumento de avaliação adequado à tipologia de doentes, mas sem existir um consenso entre esses instrumentos. Numa segunda fase foi realizado um estudo entre os enfermeiros das

UCI's portuguesas de forma a selecionar, entre a BPS e a *Escala de Conductas Indicadoras de Dolor* (ESCID), a ferramenta mais adequada para avaliação da dor. Da análise dos resultados obtidos o GAD recomenda que, para doentes que não comunicam verbalmente, sedados e ventilados, a avaliação da dor deve ser feita por meio de observação de comportamentos, através da BPS (Pinho, Carneiro, & Alves, 2012).

A BPS foi desenvolvida por Payen, et al. (2001) com base na relação entre determinados indicadores comportamentais de dor e o relato de doentes. Estudos de validação da escala em doentes de UCI, sedados e ventilados determinam que este é um instrumento que pode ser utilizado com validade e fiabilidade (Payen, et al., 2001) (Young, Siffleet, Nikoletti, & Shaw, 2006) (Aïssaoui, Zeggwagh, Zekraoui, Abidi, & Abouqal, 2005). Trata-se de uma das primeiras escalas a ser utilizada neste contexto e é atualmente uma das mais estudadas (Cade, 2008). A BPS é constituída por três indicadores comportamentais: expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ventilatória, sendo que cada um dos indicadores inclui quatro parâmetros que são classificados entre um e quatro. Desta forma, a classificação total varia entre três, que corresponde a ausência de dor, e doze, que corresponde a dor máxima (Payen, et al., 2001).

Em Portugal, foi realizado um estudo com a finalidade de adaptar semântica e culturalmente para o português a escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP), assim como avaliar as suas propriedades psicométricas em doentes em cuidados intensivos, sob ventilação mecânica e com patologia médica e/ou cirúrgica (Batalha, Figueiredo, Marques, & Bizarro, 2013). Os autores optaram pela BPS-IP, por esta ser uma escala que apresenta figuras ilustrativas dos seus itens. Através do seu trabalho, os autores concluíram que a versão portuguesa desta escala “apresenta boas propriedades psicométricas, sendo válida e fiável para uso em doentes adultos submetidos a ventilação mecânica e incapazes de se autoavaliarem” (Batalha, Figueiredo, Marques, & Bizarro, 2013, p. 15). No entanto, os autores consideram que a utilização deste instrumento requer formação em avaliação de dor e treino na sua aplicação, essencialmente no parâmetro que se refere à adaptação ventilatória.

Apesar de um instrumento válido e confiável, a BPS não é uma escala perfeita, pois não é possível obter informações acerca da localização da dor ou das suas

características (Batalha, Figueiredo, Marques, & Bizarro, 2013). Além disso, a escala possui algumas limitações, uma vez que a utilização de fármacos sedativos e relaxantes musculares, a condição de fraqueza dos doentes ou a utilização de contenção física dos membros superiores, podem comprometer a avaliação do parâmetro do movimento dos membros superiores (Li, Puntillo, & Miaskowski, 2008).

Excluem-se da aplicação da BPS doentes tetraplégicos e submetidos a bloqueadores musculares (Payen, et al., 2001) e deve ser utilizada com precaução em doentes com elevados graus de sedação, dado que estes perdem a capacidade de exibir os comportamentos sugestivos de dor, avaliados pela escala (Ahlers, et al., 2008).

Os membros da família podem também constituir-se como um importante recurso para colmatar o desafio de avaliar a dor na pessoa em situação crítica. Os familiares podem oferecer informações acerca da sua perspetiva da presença ou ausência de dor, baseados no conhecimento de comportamentos que a pessoa adota quando sente dor (Puntillo, et al., 2009). Assim, é recomendado que se valorize a opinião dos familiares sobre a possibilidade de dor e sobre a resposta à analgesia ou medidas não farmacológicas instituídas (Celis-Rodríguez, et al., 2013). A existência de patologias prévias potencialmente causadoras de dor, assim como as estratégias de controlo habitualmente utilizadas, devem ser investigadas junto das pessoas significativas e implementadas assim que possível (Aitken & Elliott, 2012).

1.2 – O controlo da Dor na Pessoa em Situação Crítica

Os enfermeiros, como profissionais de saúde que se encontram mais próximos das pessoas doentes e que dispõem com elas maior tempo de contacto, são aqueles que se encontram numa posição privilegiada para intervir ativamente na adequada avaliação e controlo da dor. Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros divulga em 2008 o caderno “Dor – Guia Orientador das Boas Práticas”, pretendendo reforçar a capacidade de decisão clínica dos enfermeiros e promover a qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Avaliar e controlar a dor torna-se uma obrigação moral e ética dos enfermeiros. “A desvalorização da dor do Outro é um erro ético no confronto com o sofrimento e a dor, bem como uma falha na excelência do exercício profissional” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 7). Os princípios da beneficência e da não maleficência obrigam os profissionais de saúde a participar ativamente no sentido de proporcionar uma dor controlada a todas as pessoas doentes, incluindo aqueles que se encontram vulneráveis e incapazes de responder por si próprios (Herr, et al., 2006).

Tratar a dor nas pessoas em situação crítica, depende em grande parte da capacidade do profissional de saúde para efetuar uma avaliação eficaz e adequada dessa dor (Barr, et al., 2013). A dificuldade em avaliar a dor irá traduzir-se numa dificuldade em controlá-la adequadamente, o que acarreta consequências para a recuperação dos doentes e contribui para o aumento da morbilidade e mortalidade (Ahlers, et al., 2008). Estas consequências incluem um aumento da resposta fisiológica ao *stress*, com níveis elevados de hormonas do *stress* e *delirium* (Sessler, 2009). O alívio da dor na pessoa em situação crítica pode proporcionar uma maior tolerância à ventilação mecânica, ao tubo oro-traqueal e à aspiração de secreções, o que pode diminuir os tempos de ventilação (Thorp & James, 2010). Como tal, uma adequada analgesia e sedação, em doentes em UCI, pode reduzir a incidência de complicações pulmonares, facilitar os procedimentos de diagnóstico e terapêutica e promover um aumento do conforto (Walder & Tramèr, 2004). Um estudo realizado por Chanques, et al. (2006), que pretendia avaliar o impacto da avaliação sistemática da dor e agitação, pelos enfermeiros, seguido da intervenção médica mais adequada em função dessa avaliação, obteve como resultados uma diminuição na duração da ventilação

mecânica invasiva (que reduziu de uma média de 120 horas para 65 horas), assim como uma redução da incidência de infeções nosocomiais (de 17% para 8%).

Apesar da maioria das pessoas internadas em UCI se encontrarem sob o efeito de fármacos sedativos, que lhes provocam uma diminuição do estado de consciência, estes permitem apenas alívio da agitação, sendo por isso expectável que doentes mesmo sedados possam sentir dor (Alderson & McKechnie, 2013). Além disso, a agitação que se pode observar nas pessoas internadas em UCI é frequentemente interpretada como ansiedade, levando à administração de doses elevadas de sedativos, incorrendo-se no risco de camuflar a dor (Sessler, 2009). Neste sentido, o alívio da dor deve assumir-se como uma especial preocupação para os profissionais de saúde, que devem estar sensibilizados para os doentes mesmo sedados recebam analgesia adequada.

Várias são as intervenções que podem ser implementadas no sentido de diminuir ou tratar a dor das pessoas que cuidamos, quer sejam interdependentes quer sejam autónomas. As intervenções interdependentes são as “ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum (...) decorrentes de prescrições ou orientações previamente formalizadas” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p. 18). Neste quadro de intervenções inclui-se a administração da terapêutica farmacológica analgésica prescrita pelos médicos, cabendo aos enfermeiros avaliar a sua necessidade, identificar os seus efeitos e reações adversas e monitorizar eficácia.

Como intervenções autónomas consideram-se aquelas que são “realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p. 18). As intervenções não farmacológicas para o alívio da dor, como a massagem, posicionamento adequado, utilização do calor ou frio, entre outros, devem ser implementadas autonomamente pelos enfermeiros, isoladamente ou em complementaridade com a terapêutica farmacológica. Este tipo de intervenções pode também ser dirigido a uma diminuição do *stress* e da ansiedade, tendo em consideração que a dor intensa pode aumentar o *stress* e, por sua vez, o *stress* pode aumentar a perceção da dor (Aitken & Elliott, 2012).

Barr, et al. (2013) recomendam que o controlo da dor, nas pessoas em situação crítica em UCI, pode ser facilitado ao identificar e tratar a dor precocemente, ao invés de esperar que esta se torne severa. Assim, é aconselhável a implementação de intervenções farmacológicas e/ou não farmacológicas, antes de procedimentos invasivos e potencialmente dolorosos.

As intervenções implementadas, com vista ao adequado controlo da dor, permitem obter como resultado associado um aumento do conforto nas pessoas doentes. Desta forma, na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica com dor, as medidas de conforto não devem ser dissociadas. Puntillo (2005) refere o aumento do conforto como sendo um dos principais objetivos de avaliar e tratar a dor e Walder e Tramèr (2004) salientam que, assegurar níveis ótimos de conforto, é das primeiras razões para a implementação de uma adequada sedação e analgesia.

O conforto é considerado como um “fenómeno de interesse e relevante para a área de enfermagem e considerado indispensável no cuidado humano holístico” (Ribeiro & Costa, 2012, p. 150). É um conceito amplo e subjetivo, que se constitui como uma necessidade de todas as pessoas ao longo da vida, mas que adquire uma maior relevância nas situações que as tornam particularmente vulneráveis (Ribeiro & Costa, 2012). No exercício da Enfermagem o conforto é considerado um resultado universalmente desejável, sendo essencial a sua compreensão na multidimensionalidade do processo do cuidar.

1.3 – Referencial Teórico

O desenvolvimento do percurso relatado no presente relatório é sustentado na Teoria de Conforto de Katherine Kolcaba e no trabalho desenvolvido por Patricia Benner, que assenta na premissa de que o enfermeiro deve desenvolver competências por cinco níveis até atingir a perícia, com enfoque no exercício da Enfermagem em Cuidados Críticos.

Num ambiente maioritariamente tecnológico e frequentemente associado a sofrimento, uma preocupação central da Enfermagem deve ser proporcionar conforto à pessoa doente, promovendo o seu bem-estar e da sua família (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011).

A diminuição do estado de consciência a que a pessoa em situação crítica é submetida, dota-a de uma vulnerabilidade acrescida que exige dos enfermeiros uma especial preocupação com a sua segurança e bem-estar. Uma vez que o desconforto e a ansiedade influenciam as respostas aos tratamentos, os conhecimentos e as competências relacionadas com o aumento do conforto, têm de ser integrados no cuidado tecnológico da UCI (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011).

Desta forma, no controlo da dor da pessoa em situação crítica, Benner, Kyriakidis e Stannard (2011) reconhecem que a associação de medidas de conforto à terapêutica farmacológica potencia o seu efeito e que utilizar analgesia na ausência de medidas de conforto pode revelar um desrespeito pelo total bem-estar da pessoa doente.

Benner (2001) defende que o enfermeiro, através da experiência e do domínio, se desenvolve ao longo de cinco níveis de proficiência, sendo o estadió final o nível de perito. Neste contexto, a experiência não faz apenas referência à passagem do tempo, mas sim a um processo ativo que consiste em interrogar-se sobre teorias, pressupondo que as situações práticas são mais complexas do que aquilo que é descrito pelos modelos formais. Os enfermeiros atingem o nível de perito relativamente a determinada competência quando possuem experiência, estão motivados para trabalhar corretamente e dispõem dos recursos necessários (Benner, 2001).

Relativamente à avaliação e controlo da dor, Benner (2001, p. 77) refere que “tomar medidas para assegurar o conforto do doente e a preservação da sua personalidade face à dor e a um estado de extrema fraqueza” e “interpretar os diferentes tipos de dor e escolher as estratégias apropriadas para as controlar e gerir” são competências que se incluem no domínio da função de ajuda e que o enfermeiro perito deve desenvolver.

Sendo que, através do controlo adequado da dor se obtém como resultado máximo esperado um aumento do conforto na pessoa doente, considero que a Teoria de Conforto de Kolcaba se revela de especial importância para suportar e fundamentar o percurso.

Na teoria de Kolcaba, o conforto é definido como a experiência imediata de ser fortalecido, mediante a satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência nos contextos físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural (Kolcaba, 2003). É um estado holístico e complexo em que o alívio representa a experiência de uma pessoa a quem foi satisfeita uma necessidade de conforto específica; a tranquilidade traduz um estado de calma, sossego ou satisfação e a transcendência reflete a situação na qual é possível superar problemas (Kolcaba, 1994). O conforto diz respeito à satisfação de necessidades nos quatro contextos que se encontram intimamente relacionados, sendo muito mais do que a ausência de dor ou de desconforto físico (Kolcaba, 2003).

Os pressupostos da teoria do conforto de Kolcaba referem que as pessoas procuram satisfazer ou que lhes sejam satisfeitas as suas necessidades de conforto e que este é um resultado holístico desejável, relativo à disciplina da Enfermagem, transversal a vários níveis e contextos (Kolcaba, 1994).

Para a autora, a Enfermagem consiste na avaliação intencional das necessidades de conforto na pessoa, na conceção de medidas de conforto para colmatar essas necessidades e na reavaliação dos níveis de conforto após implementação das medidas (Kolcaba, 2003). Os enfermeiros, no seu exercício, identificam as necessidades de conforto das pessoas que cuidam e concebem medidas no sentido de o potencializar, intervindo nos seus diferentes contextos. Desta forma, o conforto é entendido como um diagnóstico, enquanto necessidade e, simultaneamente, como um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, sendo influenciado pelas intervenções implementadas.

O alívio da dor enquadra-se na necessidade de alívio físico, que diz respeito à satisfação de uma necessidade específica, no contexto relacionado com as sensações corporais (Kolcaba, 2003). Na compreensão da definição de conforto e tendo em consideração o carácter subjetivo e multidimensional da dor, é subjacente que o conforto será muito mais do que o alívio da dor, no entanto verifica-se uma relação estreita e complexa entre ambos. O conforto é uma experiência abrangente na qual o controlo da dor se assume como uma componente significativa.

Uma vez que todos os contextos se influenciam mutuamente, uma falha no controlo da dor pode constituir-se como uma barreira para o conforto holístico. Por sua vez, a implementação de intervenções de enfermagem que permitam um aumento do conforto nos restantes contextos, podem potenciar um melhor controlo da dor (Kolcaba, 2003).

Neste sentido Kolcaba (2003) defende que devem ser instituídas medidas técnicas de conforto que têm como objetivo recuperar funções fisiológicas ou o conforto e prevenir complicações, onde se incluem intervenções que permitem controlar a dor, como a administração de medicação analgésica e/ou intervenções não farmacológicas.

2 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Neste capítulo pretendo dar a conhecer o percurso desenvolvido ao longo do estágio, que teve por base o projeto previamente elaborado. Assim procede-se à descrição e reflexão crítica sobre as atividades desenvolvidas para atingir cada um dos objetivos propostos, fazendo emergir as competências especializadas de enfermagem no cuidado à pessoa em situação crítica adquiridas ou desenvolvidas ao longo de todo o processo. Com a realização das atividades em estágio, procurei aproximar-me do nível de competências de proficiente a perita. Segundo Benner (2001), a enfermeira proficiente compreende a situação como um todo, aprende pela experiência quais os acontecimentos esperados o que facilita a tomada de decisão, enquanto que a enfermeira perita compreende de modo intuitivo cada situação e apreende diretamente o problema.

Ao longo dos estágios procurei mobilizar os conhecimentos teóricos já adquiridos, decorrentes da minha própria experiência e de evidência científica recolhida, refletir sobre a prática, mobilizar recursos e propor intervenções para problemas identificados, baseando a prática nos quadros teóricos previamente apresentados.

Os campos de estágio escolhidos revelaram-se como locais ricos em experiências de aprendizagem e reflexão, que potenciaram o desenvolvimento de competências especializadas.

2.1 – Estágio I: Unidade de Cuidados Intensivos

O primeiro estágio da UC Estágio com Relatório decorreu numa UCI de um Hospital Central de Lisboa, durante nove semanas, com início a 7 de Outubro e término a 5 de dezembro.

A escolha deste local para desenvolver o primeiro estágio não foi aleatória. O principal fator de escolha recaiu no facto deste ser um serviço onde está já implementado um projeto de avaliação de dor no doente crítico, com aplicação da BPS para doentes sedados e ventilados que não conseguem autoavaliar a sua dor, o que fez com que se tornasse um local privilegiado para o desenvolvimento de competências neste âmbito. Além disso, trata-se de uma UCI médico-cirúrgica polivalente, ao contrário da UCI onde exerço funções, onde se perspectivavam excelentes oportunidades de desenvolver competências no cuidado à pessoa em situação crítica, pela diversidade de situações com que me poderia deparar.

Com a finalidade de ***desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica com dor e sua família***, foram delineados dois objetivos.

Objetivo 1. Desenvolver competências de enfermagem especializadas no âmbito da avaliação da dor na pessoa em situação crítica.

Inicialmente procurei integrar-me na equipa de enfermagem e multidisciplinar, conhecer a estrutura física, a dinâmica e organização do serviço, o que me foi apresentado inicialmente pelo Enfermeiro responsável pela orientação de alunos e posteriormente foi sendo aprofundada pela Enfermeira Tutora ou pelos restantes elementos da equipa, sempre que oportuno. Apesar de se tratar de uma equipa numerosa, os seus elementos são bastante receptivos à presença de alunos, o que facilitou a integração.

A UCI é constituída por 12 camas de cuidados intensivos, distribuídas por 6 salas, 4 camas de cuidados intermédios, distribuídas por 2 salas e um quarto de isolamento.

O método de trabalho é o método individual, em que cada enfermeiro fica totalmente responsável pela prestação de cuidados aos doentes que lhe são atribuídos e respetiva família, com rácio de 1:2 nos cuidados intensivos e 1:4 nos cuidados intermédios. Em todos os turnos existe um elemento definido como Chefe de Equipa, sem doentes atribuídos, que fica responsável pela gestão, organização, supervisão de cuidados e colaboração com os colegas, sempre que necessário.

Neste local, a Enfermeira responsável pela orientação do meu estágio desenvolvia, em alguns dos turnos, a função de Chefe de Equipa. Este facto permitiu-me acompanhá-la na resolução de problemas relacionados com a gestão de materiais, de medicação, transferência de doentes ou gestão de conflitos, o que contribuiu para o desenvolvimento de competências nesta área. Além disso, este método possibilitou guiar a minha própria aprendizagem, procurando as situações mais enriquecedoras para o desenvolvimento de competências no cuidado à pessoa em situação crítica.

A consulta e leitura de normas e protocolos existentes no serviço permitiram-me conhecer linhas orientadoras de atuação, o que facilitou o exercício quando deparada com determinados procedimentos. Saliento a consulta do protocolo de hipotermia terapêutica por me ser desconhecido e a leitura atenta da norma de orientação clínica sobre “Avaliação da Dor enquanto 5º Sinal Vital” do Centro Hospitalar e do serviço, por ser a área em que se debruça o projeto de estágio. Tive ainda a preocupação em me familiarizar com equipamentos, materiais e dispositivos de monitorização, essenciais numa UCI e que o enfermeiro deve conhecer de modo a potenciar as suas vantagens.

Conhecer e compreender a organização, a dinâmica e a missão do serviço foram fatores facilitadores para o sucesso do processo natural de integração e, consequentemente, para a consecução dos objetivos previamente definidos.

Durante o estágio planeei, executei e avaliei os cuidados de enfermagem à pessoa com falência de uma ou mais funções vitais e às suas famílias. Se existiam situações em que me sentia totalmente autónoma nos cuidados, mobilizando conhecimentos e saberes que detinha já da minha própria experiência profissional, existiam outras situações com as quais contactei e sobre as quais não detinha ainda um conhecimento aprofundado. Procurei assim desenvolver e adquirir competências em situações de cuidado ao doente crítico em que não estava tão familiarizada, como o cuidado ao

doente politraumatizado ou neurocrítico, que se constituíam como um desafio para mim e que fossem ricas em aprendizagens. Perante estas situações senti necessidade de mobilizar os conhecimentos adquiridos ao longo do Curso de Mestrado, mas também de efetuar pesquisa científica de modo a compreendê-las na sua totalidade e a prestar cuidados de enfermagem devidamente fundamentados.

Adquiri assim competências de enfermagem no cuidado à pessoa em situação crítica sob métodos avançados de monitorização invasiva, através do cateter da artéria pulmonar (cateter *Swan-Ganz*) ou do sistema PICCO (*pulse induced contour cardiac output*). A monitorização hemodinâmica nos doentes em estado crítico é uma importante ferramenta que ajuda no diagnóstico, na escolha do tratamento adequado e na definição do prognóstico (Capitão & Pires, 2009). Os enfermeiros desempenham um papel ativo colaborando na colocação destes dispositivos e detêm uma grande responsabilidade na vigilância do seu correto funcionamento, na deteção precoce de alterações e no reconhecimento de potenciais complicações. Tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem a doentes com este tipo de monitorização e para isso foi imprescindível realizar pesquisa sobre os mesmos e partilhar conhecimentos com os colegas deste serviço, de modo a compreender o seu funcionamento, parâmetros fisiológicos e cuidados ao doente, com vista a detetar precocemente situações de instabilidade e a agir em conformidade e atempadamente.

Nesta UCI é realizada a técnica de hipotermia terapêutica em doentes após paragem cardiorrespiratória (PCR), existindo para o efeito um protocolo. A hipotermia terapêutica tem sido considerada como um método eficaz para reduzir a lesão isquémica cerebral, funcionando como um mecanismo neuroprotetor após PCR (Varon & Acosta, 2008). Num dos turnos realizados, tive oportunidade de prestar cuidados a uma doente submetida a este protocolo, que consiste numa redução controlada da temperatura central do doente até aos 33°C, através da infusão rápida de cristaloides a 4°C e da utilização de cobertor de arrefecimento. A temperatura alvo deve ser mantida durante 24 horas, após as quais se inicia um reaquecimento controlado até aos 36°C a um ritmo máximo de 0,3°C a cada hora. Pude desenvolver intervenções na manutenção deste protocolo, através da implementação de medidas para atingir e manter as temperaturas ideais, da gestão de terapêutica inerente ao protocolo, da vigilância de parâmetros hemodinâmicos e fisiológicos e no despiste de

potenciais complicações, desenvolvendo assim competências no âmbito da gestão de protocolos terapêuticos complexos.

Num ambiente de UCI, a Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma das potenciais complicações que podem surgir. Esta é “uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados” (DGS, 2007, p. 4), diretamente associada à qualidade dos cuidados e à segurança do doente, que tem sido alvo de uma maior preocupação, pelo efeito negativo que tem na morbilidade, mortalidade e custos. As características inerentes aos internamentos em UCI, com uma elevada prevalência de dispositivos e procedimentos invasivos, doentes imunodeprimidos e elevada resistência aos antimicrobianos, tornam-nos mais suscetíveis a este tipo de complicações (Dias, 2010).

A prevenção torna-se assim uma das ferramentas mais valiosas no controlo da infeção hospitalar, através de práticas que devem ser interiorizadas no exercício profissional de cada um de nós. Ciente desta problemática e das suas implicações negativas, durante o estágio foi preocupação constante a implementação de medidas preventivas, como a higienização das mãos, utilização de equipamentos protetores ou manipulação adequada de dispositivos invasivos.

A Pneumonia Associada ao Ventilador (PAV) é uma das infeções nosocomiais mais frequente nos doentes em UCI, que contribui para o aumento da mortalidade e morbilidade (Rello, Lode, Cornaglia, & Masterton, 2010). Ao cuidar da pessoa submetida a ventilação invasiva e tendo conhecimento dos fatores de risco para o desenvolvimento da PAV, adotei estratégias que visam prevenir esta complicação, baseada no conhecimento científico atual, tais como a adequada lavagem das mãos, utilização de equipamentos de proteção individualizados na aspiração de secreções, manutenção da pressão de *cuff* e posicionamento do circuito ventilatório adequados, elevação da cabeceira a 30-45°, verificação do posicionamento da sonda nasogástrica, monitorização do conteúdo gástrico e higienização oral com solução de clorhexidina.

Existem ainda fatores organizacionais do serviço que facilitam a adoção de estratégias de prevenção e de controlo de infeção, como a existência de um lavatório automatizado e de equipamentos de proteção individual em cada sala ou de solução

alcoólica antisséptica em cada cama, sendo responsabilidade de cada profissional a utilização dos procedimentos adequados a cada situação.

A intervenção na prevenção e controlo de infeção pôde ainda ser maximizada através da consulta de evidência científica e *guidelines* atualizadas relativas a este tema, como o documento *Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock 2012*, que foi partilhado e discutido com o Enfermeiro que desempenha funções de elo de ligação com a Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar (CCIH).

Durante o estágio tive ainda a oportunidade de acompanhar este Enfermeiro, numa reunião entre a CCIH e os vários elos de ligação dos serviços do Centro Hospitalar. Nesta reunião foi salientada a importância de envolver todos os profissionais da equipa multidisciplinar e de ser reforçada, frequentemente, a necessidade de cumprir as medidas de prevenção da transmissão de microrganismos patogénicos. Deu-se especial ênfase em formar e informar os elementos novos dos serviços no momento da sua admissão e de utilizar a reflexão sobre a prática para sensibilizar os profissionais para esta problemática. Houve ainda um momento de partilha de exemplos de medidas de prevenção adotadas por determinados serviços, que têm tido resultados bastante positivos e que por isso podem ser tomadas como exemplo.

Através das atividades referidas, ao longo do estágio foi possível desenvolver competências na área da prevenção e controlo de infeção, perante a pessoa em situação crítica.

A disfunção ou falência renal é um problema que pode afetar os doentes em situação crítica internados em UCI. Os enfermeiros, como profissionais que têm a responsabilidade de, após prescrição médica, iniciar a técnica dialítica e monitorizar o doente durante a mesma, devem ser detentores de conhecimentos acerca das diferentes técnicas, dos equipamentos e dos acessos vasculares, que lhes permitam prestar cuidados de qualidade a estes doentes, bem como identificar precocemente complicações que possam surgir.

No contexto do estágio tive a oportunidade de assistir a uma sessão de formação sobre técnicas de substituição renal, realizada na sala de formação do Hospital. Nesta formação foram abordadas as características das técnicas de substituição renal

contínuas e intermitentes, sendo que habitualmente nos doentes críticos, pela instabilidade hemodinâmica, a técnica de eleição é a técnica veno-venosa contínua. Houve ainda referência a complicações que podem surgir, possíveis causas e soluções.

Assistir a esta formação permitiu-me aprofundar os conhecimentos acerca de técnicas de substituição renal, o que contribui para o desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à pessoa em situação crítica com falência orgânica, nomeadamente no que se refere à execução de cuidados técnicos de alta complexidade e à gestão de protocolos terapêuticos complexos.

Na prestação de cuidados durante o estágio procurei situações em que pudesse desenvolver competências na avaliação da dor no doente crítico, essencialmente no doente sedado e ventilado, de modo a aumentar a experiência com a BPS. Esta era uma escala que conhecia através da pesquisa científica, no entanto, não tinha tido ainda oportunidade de a aplicar na prática. Verifiquei que na prática esta é uma escala de rápida e fácil aplicação, cujos resultados são tidos em conta para guiar o tratamento analgésico.

Durante o estágio fui refletindo sobre a problemática de avaliação da dor com os vários colegas. Constata-se que no serviço a avaliação deste sinal vital é uma preocupação, no entanto verificam-se ainda algumas lacunas no que se refere ao registo da reavaliação da dor após a implementação de medidas analgésicas, pelo que tentei sensibilizar pontualmente os colegas para a necessidade deste registo. A dor é avaliada e registada pelo menos uma vez por turno e sempre que se verifique alguma alteração que o justifique, o que está de acordo com a norma existente e vai ao encontro do que é recomendado pelas *Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit* (Barr, et al., 2013). A BPS é avaliada simultaneamente com a avaliação da sedação através da RASS (*Richmond Agitation Sedation Scale*) e na sua utilização prática detetam-se algumas dificuldades na monitorização da dor em doentes com grau elevado de sedação, uma vez que as manifestações comportamentais de dor podem estar inibidas pelos sedativos, limitação essa que é corroborada pela literatura existente.

Perante doentes com diferentes características, procurei selecionar o instrumento de avaliação de dor, mais adaptado a cada um. Existiam situações em que o doente apesar de ventilado conseguia comunicar, através de outras formas que não a comunicação verbal, sendo que nestes casos optava por obter do doente a sua autoavaliação da dor, recorrendo a gestos, aceno de cabeça ou mímica labial.

Na avaliação da dor dos doentes em situação crítica, considero que também foi relevante a capacidade de mobilizar conhecimentos já adquiridos na literatura científica e da própria experiência profissional. Tendo noção de que, além dos dispositivos invasivos característicos dos cuidados críticos e dos fatores extrínsecos como a imobilidade prolongada, existem procedimentos e condições quase inequivocamente dolorosas, permitiu-me ficar especialmente atenta à monitorização da dor em determinadas situações, em que destaco a presença de fraturas ou imobilizadores de membros em doentes politraumatizados, feridas cirúrgicas, drenagens torácicas ou a realização de pensos a feridas.

Além de se fazer uma avaliação da dor é imprescindível registá-la e permitir a comunicação desses resultados entre a equipa multidisciplinar. A pessoa em situação crítica encontra-se particularmente vulnerável e o controlo da sua dor depende da correta avaliação, da comunicação dos resultados da avaliação a outros profissionais e implementação das medidas adequadas. Os enfermeiros, como membro integrante de uma equipa de saúde, têm responsabilidades na comunicação das informações sobre a dor do doente a outros profissionais (Rigotti & Ferreira, 2005). Não é suficiente ter conhecimento acerca das alterações clínicas do doente. Este conhecimento tem de ser transmitido e validado com os outros profissionais envolvidos para que possam ser implementadas as intervenções adequadas, em tempo útil (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011). A problemática da comunicação e transmissão de informação sobre a monitorização da dor serviu de mote para a realização de uma reflexão, na forma de um jornal de aprendizagem.

Objetivo 2. Desenvolver competências de enfermagem especializadas na gestão adequada da dor e maximização do conforto da pessoa em situação crítica e sua família.

O estágio foi repleto de situações ricas para o desenvolvimento de competências na gestão adequada da dor. Na prestação de cuidados ao doente foi sempre minha preocupação não só a avaliação da dor mas também a seu controlo adequado através de analgesia (intervenções interdependentes) ou da implementação de medidas não farmacológicas (intervenções autónomas).

Como já referido, a dor é um fenómeno quase constante em cuidados críticos. Contudo, através das medidas adequadas, ela pode ser controlada e os seus efeitos nefastos diminuídos. As pessoas em situação crítica internadas neste serviço encontravam-se todas sob perfusão de analgésicos, que vai ao encontro das recomendações internacionais (Barr, et al., 2013). O enfermeiro perito deve demonstrar conhecimentos que lhes permitam administrar os diversos medicamentos, avaliar a sua compatibilidade, efeitos secundários, reações aos tratamentos ou a necessidade de suspender determinada terapêutica farmacológica sempre que surja uma complicação (Benner, 2001). Nesse sentido, foi importante rever os efeitos, mecanismos de atuação e reações adversas de fármacos como o fentanil ou alfentanil, que habitualmente não fazem parte da minha prática diária.

Relativamente à adequada gestão da dor, recordo uma situação em particular, de um jovem de 25 anos que tinha sido submetido a fasciotomias em ambas as coxas, após ter sido sujeito a lesões penetrantes por arma de fogo, e que motivou a realização de um estudo de caso (apêndice I). O doente encontrava-se sob ventilação mecânica invasiva, sedado sob midazolam, com score de RASS -4 (apresenta movimentos e abertura dos olhos a estímulos físicos) e analgesiado sob alfentanil com pontuação na BPS de 3. O penso das feridas cirúrgicas era realizado diariamente, sendo um procedimento que se previa doloroso. Benner, Kyriakidis e Stannard (2011) afirmam que, na prática de cuidados a dor pode ser causada por procedimentos médicos ou de enfermagem, necessários para diagnóstico ou tratamento, contudo, os profissionais devem desenvolver formas de controlar essa dor iatrogénica. Barr, et al. (2013) sugerem a administração de terapêutica analgésica e/ou intervenções não

farmacológicas antes de um procedimento invasivo ou potencialmente doloroso, nos adultos em UCI, como forma de aliviar a dor. Assim, e baseando-me na evidência científica, antes da realização dos pensos, foi discutido com a Enfermeira a necessidade de reforçar a medicação analgésica. Após reflexão sobre a situação e validação com o médico, foi administrado um bólus de alfentanil.

A dor foi reavaliada durante a realização dos pensos, através da BPS, obtendo-se uma pontuação de 9, que indica a presença de dor. Essa informação foi comunicada ao médico, que deu indicação para aumentar o ritmo de perfusão de alfentanil. Como no final do procedimento o doente ainda manifestava sinais de dor, com score na BPS de 6, aumentou-se novamente o ritmo de perfusão do analgésico (por indicação médica), agora sim, com efeito desejado, verificando-se após 15 minutos que não existiam comportamentos sugestivos de dor, o que se comprovou com obtenção de um score de 3 na BPS.

Durante a realização do procedimento doloroso foram ainda realizadas intervenções não farmacológicas de alívio da dor e otimização do conforto, como a explicação do procedimento, colocação do doente num posicionamento adequado ou o toque como forma de veicular o conforto. Benner, Kyriakidis e Stannard (2011) recomendam que no cuidado altamente tecnológico dos cuidados intensivos, frequentemente invasivo e causador de dor, devem ser integrados os conhecimentos e competências relacionadas com o conforto.

Foram várias as intervenções autónomas de enfermagem que pude implementar com vista a satisfazer ou manter satisfeitas as necessidades de conforto nos vários domínios identificados por Kolcaba (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental), na tentativa de minimizar os obstáculos à experiência holística de conforto.

A necessidade de conforto físico, além de ser satisfeita através do adequado alívio da dor, foi também satisfeita através da execução dos cuidados de higiene ao doente, higiene oral, hidratação da pele, massagem ou posicionamento adequado no leito. Foram continuamente realizadas atividades de vigilância, monitorização ou gestão do regime medicamentoso, que concorrem para a manutenção da homeostasia, essencial à manutenção desta dimensão do conforto.

A ansiedade, confusão, falta de informação ou medo podem constituir-se como obstáculos à satisfação da necessidade de conforto no contexto psíquico-espiritual (Wilson & Kolcaba, 2004). Nas pessoas em situação crítica, internadas neste serviço, a monitorização da escala de sedação/agitação (RASS) e a administração das drogas sedativas, de acordo com a prescrição médica, foram intervenções desenvolvidas, que permitem manter o doente sob um estado de sedação necessário à resolução da sua situação clínica, evitando a ansiedade, angústia e agitação. Ao cuidar de doentes sob o efeito de sedação, tive a preocupação de comunicar oralmente e através do toque, durante a realização de qualquer procedimento, intervenções que permitem potenciar a confiança do doente na equipa de saúde e colmatar possíveis sentimentos de medo ou confusão. Nos doentes sem o efeito de drogas sedativas, o conforto psíquico-espiritual foi atingido através de intervenções como o esclarecimento de dúvidas, explicação dos procedimentos e da situação clínica ou disponibilidade para prestar apoio emocional, quando necessário.

Num ambiente de cuidados críticos a necessidade de conforto ambiental pode ser facilmente afetada, sendo influenciada pelo ruído do pessoal e dos dispositivos de monitorização, luzes ou falta de privacidade (Wilson & Kolcaba, 2004). Assim, foram realizadas intervenções no sentido de gerir adequadamente o ambiente através da redução das luzes que se encontram por cima do leito do doente, redução do ruído da unidade através do ajuste de alarmes de monitorização, utilização de cortinas para manter a privacidade e controlo da temperatura através da utilização de roupa de cama quando necessário. O conforto ambiental pôde ainda ser potenciado pela permissão de objetos pessoais, fotografias de familiares, televisão ou rádio, que tornam o ambiente hostil de cuidados intensivos mais agradável e familiar.

As intervenções de enfermagem implementadas e adaptadas às características particulares de cada doente, tiveram como finalidade influenciar o conforto nos seus quatro contextos, que se influenciam mutuamente, obtendo-se como resultado a satisfação da necessidade de conforto, de uma forma holística.

Neste serviço é preconizado que se realize a história de dor de cada doente, que permite caracterizar a experiência de dor individualmente e selecionar as estratégias de intervenção mais adequadas a cada situação particular. É recomendado que seja feita nas primeiras 48 horas de internamento, através do próprio ou de um familiar e

possibilita a recolha de informações quanto às várias dimensões da dor, tais como a localização, a intensidade, a qualidade, a evolução, o padrão da dor e os fatores que podem contribuir para um agravamento ou alívio. Colher dados sobre a história de dor é uma intervenção já recomendada pela Ordem dos Enfermeiros, de modo a melhorar a abordagem à pessoa com dor (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Contudo, na prática, verifiquei que esta era uma atividade que nem sempre era considerada pelos enfermeiros, pelo que me propus a refletir pontualmente com os colegas sobre a dificuldade na implementação desta ferramenta. Os enfermeiros que desempenham funções neste local afirmam que, muitas das vezes, os próprios familiares não conhecem o padrão de dor do doente o que inviabiliza o preenchimento do formulário. Além disso, alguns colegas reconhecem que perante a fase aguda e a instabilidade do doente, os familiares não conseguem focar a sua atenção nesta questão, não valorizando a sua pertinência. Por fim, é salientado que, quando a história de dor é preenchida essa informação é poucas vezes utilizada pelos médicos para guiar o tratamento farmacológico, o que causa desmotivação na equipa.

No cuidado à pessoa em situação crítica em UCI é impossível dissociá-la da sua família, considerando-se família a “unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente” (CIPE, 2005, p. 171). Numa situação de cuidados ao doente em situação crítica, a família deve ser tanto parceira como alvo dos nossos cuidados. O internamento nestas unidades frequentemente acontece de forma súbita e abrupta e está associado a gravidade clínica e instabilidade, o que dificulta a adaptação da família à nova condição e gera sentimentos de ansiedade, medo e incertezas. A acrescentar, o ambiente hostil que caracteriza a UCI, pode potenciar os sentimentos negativos e aumentar o *stress* face a esta transição.

Para facilitar a adaptação a esta nova situação, o enfermeiro desempenha um papel fundamental. Este deve apoiar e otimizar o papel positivo dos membros da família, tendo em consideração as suas necessidades e fornecendo as informações necessárias, proporcionando-lhes um apoio efetivo (Benner, 2001). Ciente de que os familiares da pessoa internada passam por diferentes experiências durante esse período, passando primeiro por uma fase de confusão e incerteza, seguido busca de

informação, observação e análise dos cuidados e, por fim, a procura de recursos que consideram ser necessários para si e para o seu familiar (Jamerson, et al., 1996), foi uma preocupação constante durante a prestação de cuidados, responder às suas necessidades.

É notório na prática, que os familiares se sentem confusos, ansiosos e angustiados. Têm inúmeras questões e incertezas que querem ver respondidas, que eu durante os períodos de visita tentei esclarecer, dentro da área das minhas competências. Apresentei sempre disponibilidade para conhecer a família, prestar esclarecimentos, antecipando as dúvidas, tomando como exemplo quando soava algum alarme da monitorização e se visualizava um fácies de preocupação no familiar, assumia a iniciativa de explicar o que estava a acontecer, tranquilizando-o. Sabendo que o isolamento da família pode interferir na necessidade de conforto sociocultural, revelando-se uma barreira ao conforto holístico (Wilson & Kolcaba, 2004), os momentos de visita e o número de familiares, sempre que possível e em conformidade com a Enfermeira Orientadora e com o serviço, eram flexibilizados de acordo com as necessidades da família e do próprio doente.

Desta forma, o estágio neste serviço permitiu-me desenvolver as competências na assistência à família nas perturbações emocionais e na gestão da comunicação interpessoal, que fundamenta a relação terapêutica.

2.2 – Estágio II: Unidade De Cuidados Intensivos Respiratórios

O segundo estágio realizou-se no meu contexto de trabalho, uma UCI de um Hospital de Lisboa, decorreu entre 9 a 19 de dezembro, com a duração de duas semanas. Esta é uma unidade especializada no cuidado ao doente crítico com patologia do foro respiratório e a escolha deste local para a realização de um estágio, prendeu-se com o facto da motivação e o ponto de partida para o desenvolvimento do projeto, ter partido de uma lacuna sentida neste contexto.

Assim, com a finalidade de ***promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica com dor e sua família***, para este local de estágio foram traçados dois objetivos.

Objetivo 1. Identificar necessidades formativas da equipa no âmbito da avaliação e controlo da dor na pessoa em situação crítica.

Durante o meu exercício profissional nesta UCI deparei-me com uma falta de uniformização na avaliação da dor nos doentes aí internados, essencialmente nos doentes sedados e ventilados, com inexistência de um instrumento objetivo para avaliação deste fenómeno. A avaliação da dor nestes doentes era feita de forma pouco sistemática, recorrendo-se sobretudo à observação de comportamentos que poderiam sugerir a presença de dor. Esta prática corrobora com os dados obtidos num estudo realizado por Haslam, Dale, Knechtel e Rose (2012) onde se verificou que, na ausência de um instrumento de avaliação, os descritores comportamentais, como inquietação, agitação ou esgar facial de dor, são aqueles que os enfermeiros mais utilizam para descrever a presença de dor. Contudo, a subjetividade inerente à dor pode fazer com que a avaliação deste fenómeno, quando feita sem o recurso a instrumentos validados e objetivos, seja influenciada pelas experiências pessoais de cada profissional ou por mitos e falsas crenças que ainda subsistem.

Neste serviço, a dor não era sentida pela equipa como um sinal vital, uma vez que não era avaliada e registada, sistematicamente, conforme é recomendado pela DGS, de modo a “otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de

saúde e melhorar a qualidade de vida do doente” (DGS, 2003, p. 1). A folha de registo da UCI tinha integrada uma escala de avaliação de dor para doentes sedados e ventilados (VI/CO/MO/RE). Trata-se de uma escala obtida a partir do contacto com o hospital francês onde foi desenvolvida, ao qual foi pedido autorização e posteriormente traduzida para a língua portuguesa por dois elementos da equipa. No entanto, devido à inexistência de estudos de validade e propriedades psicométricas deste instrumento, o seu uso foi descontinuado.

Considerarei portanto, que seria pertinente e necessária a implementação neste serviço, de um instrumento de avaliação de dor, devidamente validado e recomendado para as UCI, que permitisse uma melhoria da gestão da dor nestes doentes e consequentemente, uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados. A escala a implementar seria a BPS, por ser aquela que é recomendada pelo GAD da SPCI, para doentes que não comunicam, sedados e ventilados, assim como pela norma de Avaliação e Registo da Dor no Adulto, emitida pela Direção de Enfermagem do Hospital onde se desenvolveu o estágio.

Consciente de que um enfermeiro em processo de formação, numa área de especialização deve iniciar ou colaborar em projetos institucionais na área da qualidade, que contribuam para a melhoria contínua da qualidade da prática (Ordem dos Enfermeiros, 2010b), desempenhei um papel dinamizador que pretendia trazer para este serviço e para esta equipa, conhecimentos avançados no tema de avaliação de dor no doente crítico e partilhar experiências obtidas no estágio anterior, incutindo a necessidade de refletir sobre a prática, com vista a excelência dos cuidados. Assim, para desenvolver as atividades previstas foi essencial mobilizar os conhecimentos adquiridos através da pesquisa científica e as competências desenvolvidas no primeiro local de estágio, relacionadas com a avaliação da dor através da BPS.

Após a identificação de necessidades na área da avaliação da dor na pessoa em situação crítica, foi exposta a situação à Sr.^a Enfermeira Chefe, que demonstrou interesse no projeto e considerou que seria uma mais-valia para o serviço, com benefícios para a qualidade e humanização dos cuidados.

Objetivo 2. Capacitar a equipa para avaliação e gestão adequada da dor na pessoa em situação crítica.

De forma a capacitar a equipa para a avaliação e gestão da dor, foi realizada uma formação (apêndice II), subordinada ao tema *Avaliação e Controlo da Dor no Doente Crítico*, que foi repetida uma vez, de modo a incluir o maior número de elementos. As sessões foram realizadas nos dias 17 e 19 de dezembro, com a duração de cerca de 30 minutos, a que assistiram no total 12 enfermeiros, 3 alunos do Curso de Licenciatura em Enfermagem a estagiar no serviço e a Enfermeira Chefe.

A importância da formação em serviço para o desenvolvimento profissional da Enfermagem foi já referida no decreto-lei que regulamenta a Carreira de Enfermagem, onde se justifica que “a natureza da profissão de enfermagem e as características do seu exercício fazem com que se deva privilegiar a formação em serviço, como forma de manter atualizados, aprofundar e desenvolver os conhecimentos adquiridos” (Decreto-Lei N.º 437/91, 1991, p. 5723). O mesmo documento recomenda que a formação deve ter em vista a satisfação das necessidades identificadas num determinado grupo de profissionais.

Começou-se a sessão por relembrar a classificação da dor como o 5º sinal vital e por reconhecer que este fenómeno é frequente nas pessoas internadas em UCI. Seguidamente enumeraram-se as dificuldades que existem em avaliar dor nos doentes internados em situação crítica e desmistificaram-se algumas ideias preconcebidas, como o facto de que as pessoas sob sedação não sentem dor. Continuou-se, demonstrando através da evidência científica, os benefícios de um controlo adequado da dor na recuperação dos doentes e na melhoria do seu conforto e apresentaram-se os vários instrumentos de auto e heteroavaliação da dor, com enfoque na escala BPS e nas recomendações para a sua utilização.

Os colegas enfermeiros e os alunos de enfermagem que assistiram à formação consideraram o tema de elevada importância e pertinência. Através da análise do questionário de satisfação preenchido pelos presentes, verifica-se que, relativamente ao conteúdo da formação, foi classificado com satisfaz muito: a utilidade e adequação à prática por 75% das pessoas; o contributo para a aquisição de novos conhecimentos

por 62,5%; o contributo para o desenvolvimento profissional por 81,25% dos presentes.

Nas datas escolhidas para a realização da formação eram muitos os elementos da equipa que se encontravam de férias, motivo pelo qual foi disponibilizado o material de apoio à sessão em local visível no serviço, para que todos o pudessem consultar. Foram providenciadas pequenas sessões individuais de esclarecimento, sempre que necessário e foi elaborado um dossier com artigos sobre a temática, considerados pertinentes para complementar a sessão, que permite que o conhecimento perdure no tempo e seja disseminado por todos.

A escala de avaliação de dor (VI/CO/MO/RE) que se encontrava na folha de registos da Unidade foi substituída por um exemplar da BPS. Esta ação, por facilitar a consulta do instrumento de avaliação no momento da avaliação, pretendia aumentar a adesão dos colegas à nova prática instituída. Além disso, os vários instrumentos de avaliação de dor (escalas de auto e heteroavaliação), assim como as recomendações para a sua utilização, foram afixadas no serviço, em local visível.

A equipa de enfermagem demonstrou-se bastante empenhada na implementação desta prática, verificando-se que, na generalidade, a dor passou a ser avaliada e registada em local próprio, uma vez por turno ou sempre que alguma alteração o justificasse. Na prática diária, sempre que surgia alguma dúvida na aplicação da escala, os colegas solicitavam o esclarecimento, reconhecendo-me como um elemento de referência e com competências para fornecer informações relacionadas com a temática. A Ordem dos Enfermeiros reconhece que o Enfermeiro Especialista deve-se responsabilizar por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho e suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento, dentro da sua área de especialização (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

Através da implementação da avaliação de dor através da BPS a doentes sedados e ventilados, foi possível obterem-se resultados na melhoria da gestão da dor, pois a utilização de um instrumento standardizado permite uma avaliação uniformizada entre os profissionais e facilita a comunicação com a equipa multidisciplinar (Herr, et al., 2006). A equipa médica da Unidade foi informada da utilização e aplicabilidade da escala e verificou-se, na generalidade, uma preocupação em valorizar o registo da intensidade da dor e em incluir este parâmetro na definição das estratégias

terapêuticas. Desta forma, a utilização desta escala tornou-se um elemento essencial para as tomadas de decisão, para guiar tratamentos e para avaliar a eficácia das intervenções implementadas.

Ainda que limitado temporalmente, este período de estágio revelou-se muito significativo no percurso de aquisição de competências. Permitiu-me adquirir competências na área da gestão dos cuidados, ao acompanhar a Enfermeira Chefe no desempenho das suas funções. Relativamente à gestão de materiais, existe um sistema de reposição por níveis, o *Kanban®*, em que a informação acerca da quantidade consumida é enviada por via eletrónica para o armazém e posteriormente reposta duas vezes por semana. Os medicamentos são repostos diariamente por farmacêuticos no sistema *Pyxis®*, um sistema de armazenamento de fármacos, que envia automaticamente um pedido de reposição à farmácia quando o *stock* chega a um nível mínimo, previamente definido. Contudo para materiais como soros, insulinas, cremes e solutos é necessário fazer um pedido manualmente duas vezes por semana, que segue também por via informática. A Enfermeira Chefe salientou a importância de se conhecer as necessidades reais de consumo do serviço, de modo a fazer uma gestão adequada desses produtos.

Tive ainda oportunidade de colaborar na substituição dos equipamentos de ventilação não invasiva, procedendo à listagem e identificação dos mesmos, para que possam posteriormente ser cedidos temporariamente aos serviços que tiverem necessidade.

Relativamente à gestão dos recursos humanos tive oportunidade de colaborar com a Enfermeira Chefe na elaboração da escala de trabalho, para o mês seguinte. Na realização dos horários dos Enfermeiros verifiquei a preocupação de manter em cada turno um elemento considerado Chefe de Equipa. Os Chefes de Equipa foram definidos com base no grau de Especialista em Enfermagem ou na experiência que detêm na área de cuidados intensivos e que os leva a ser considerados peritos. Verifica-se ainda uma preocupação em manter um equilíbrio entre os elementos com mais experiência e os elementos mais jovens.

Acompanhar a Enfermeira Chefe deste serviço no desempenho das suas funções possibilitou a aquisição de algumas competências no domínio da gestão dos cuidados.

2.3 – Estágio III: Serviço De Urgência

O terceiro estágio desenvolveu-se no Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar de Lisboa, com uma duração total de seis semanas, entre 6 de janeiro e 14 de fevereiro de 2014. Este local foi escolhido por ser um contexto no qual eu não detinha ainda experiência profissional e onde se perspetivavam grandes oportunidades para desenvolver competências de enfermagem especializadas no cuidado à pessoa em situação crítica, em contexto de urgência/emergência. Além disso, sendo que a grande maioria das pessoas que buscam cuidados de saúde através do SU tem queixas de dor, seria um local privilegiado para desenvolver competências de enfermagem especializadas no âmbito da gestão diferenciada da dor.

Para este estágio defini dois objetivos, com a finalidade de ***desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica com dor, em contexto de urgência/emergência.***

Objetivo 1. Desenvolver competências de enfermagem especializadas no âmbito da avaliação da dor na pessoa em situação crítica, em contexto de urgência/emergência.

Como forma de atingir os objetivos é essencial que inicialmente se passe por um processo de integração no serviço e na equipa multidisciplinar. O SU onde se desenvolveu este estágio é um serviço de grandes dimensões, o que exigiu um esforço acrescido na fase de integração. Conhecer a estrutura física, compreender o seu modo de funcionamento e como está organizado, assim como conhecer os vários elementos da equipa multidisciplinar, tornou-se um fator facilitador para o processo, para o qual contribuíram todos os elementos da equipa que me acolheu.

Para facilitar a integração, no primeiro dia de estágio foi feita uma visita a todo o SU pelo Enfermeiro Chefe, com descrição das atividades realizadas em cada posto e uma breve explicação acerca do seu modo de funcionamento. Este serviço utiliza o sistema de triagem de Manchester, um método de triagem centrado na queixa atual do utente, que determina a sua prioridade clínica baseada na gravidade da situação, com

atribuição de uma cor e definição do tempo máximo recomendado para observação médica. A decisão de realizar o primeiro turno de estágio no setor da triagem, observando e colaborando na avaliação feita pelo enfermeiro no primeiro contacto do utente com o meio hospitalar, permitiu perceber de uma forma geral o modo de aplicação de um sistema de triagem desconhecido por mim e compreender, mais facilmente, todo o percurso dos utentes neste serviço. Foi ainda importante consultar documentação relativa ao SU, como o manual de apoio à Triagem de Manchester e os protocolos relativos à Via Verde AVC, Via Verde Coronária ou Via Verde Sépsis, de modo a reconhecer os procedimentos e a atuar em conformidade com o estipulado, sempre que me surgissem situações deste âmbito.

Durante todo o estágio em SU, foi essencial mobilizar conhecimentos já adquiridos, nomeadamente os adquiridos no âmbito do Suporte Avançado de Vida e no *Advanced Trauma Care for Nurses*, assim como fazer pesquisa científica sempre que me deparava com situações novas, de modo a prestar cuidados de enfermagem devidamente fundamentados e a sentir-me competente ao lidar com os protocolos terapêuticos complexos com que me fui deparando.

Durante o período de estágio permaneci essencialmente nos setores onde se previam maiores oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento de competências na área da pessoa em situação crítica: a Sala de Observações (SO), a Sala de Reanimações (SR) 1 e 2 e o setor de atendimento de doentes urgentes (zona laranja). Contudo, tive a possibilidade de conhecer o modo de funcionamento dos restantes setores.

Ao acompanhar os Enfermeiros alocados nas SR, foi relevante verificar que a primeira ação no início de cada turno era verificar a existência do material que poderia ser necessário em situações emergentes e organizá-lo para facilitar a sua utilização. Além disso, eram testados o ventilador, o desfibrilhador, o oxigénio, o sistema de aspiração e os monitores de monitorização, para atestar o seu correto funcionamento. Ambas as SR estão organizadas de forma muito semelhante e com o mesmo material, de modo a que os diferentes profissionais se adaptem facilmente ao local. Ter o material organizado e devidamente testado permite que tudo esteja preparado quando surge uma situação emergente, o que é essencial para responder de forma pronta e imediata, sem atrasos na implementação dos tratamentos necessários.

A pessoa em situação crítica e/ou com falência de órgãos é frequente em ambiente de Urgência, especialmente nas SR. Neste setor são observados os doentes que necessitam de avaliação e intervenção imediata, onde o grau de instabilidade é grande e a necessidade de prever e antecipar situações de risco é constante. No estágio em SU acompanhei os enfermeiros alocados a este setor e tive oportunidade de colaborar na prestação de cuidados à pessoa em situação emergente, desenvolvendo competências na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica. Tive assim oportunidade de cuidar de doentes a vivenciar processos de doença neurológica (AVC), cardíaca (EAM) ou pulmonar cuja evolução rápida exige do enfermeiro uma pronta e eficaz atuação, de modo a prevenir complicações. Nestas situações, procurei aplicar o método de avaliação ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability e Exposure*) que permite abordar sequencialmente o doente, definindo as intervenções de acordo com a sua prioridade. Pude ainda desenvolver competências no cuidado à pessoa vítima de trauma, desempenhando intervenções de enfermagem na sua avaliação inicial, transferência e imobilização.

O SU onde realizei o estágio permite a presença de um acompanhante durante todo o percurso do doente. As situações mais graves e urgentes geram nos familiares momentos de grande ansiedade, medo e incerteza, pelo que devem também ser alvo dos nossos cuidados. Perante os familiares dos doentes admitidos na SR, uma vez que não entravam na sala, procurei sempre que possível mantê-los informados da situação (dentro da minha área de competências), explicando os exames complementares de diagnóstico ou tratamentos necessários, tentando desta forma diminuir os potenciais sentimentos negativos. Os acompanhantes são muitas vezes imprescindíveis para o corpo clínico porque podem fornecer informações sobre a pessoa doente e o acontecimento que motivou o recurso ao SU, que podem ser fundamentais na decisão sobre o tratamento.

Nas SR deparei-me muitas vezes com situações de grande instabilidade que exigiam uma rápida resposta. Contudo, deparei-me também com situações de doentes cuja gravidade das lesões determinava um prognóstico reservado, em que os tratamentos a oferecer não evitavam que culminasse na morte, num curto espaço de tempo. Após a comunicação deste prognóstico à família, habitualmente feita pelo médico com a colaboração do enfermeiro, era minha preocupação envolver a família como alvo de

cuidados, criar um ambiente terapêutico, proporcionando-lhe espaço para o esclarecimento de dúvidas e qualquer preocupação que pudessem manifestar. Procurei ainda privilegiar a privacidade entre os familiares, encorajando-os a falar ou a tocar no doente, caso assim desejassem. Num ambiente como a das SR do SU, em que o contacto com os familiares é curto, a criação de uma relação terapêutica é dificultada, contudo, procurei aplicar estratégias que permitissem a gestão da ansiedade dos familiares face a situações irreversíveis.

A dor é um sintoma que está presente em grande parte das situações que motivam o recurso ao SU, podendo ser consequência de várias situações patológicas, como a dor causada por lesões traumáticas ou fraturas, dor abdominal, torácica ou cefaleias, entre outras. O sistema de Triagem de Manchester, adotado por este hospital, valoriza bastante a dor, na medida em que é obrigatório que esta seja avaliada a todas as pessoas triadas. A avaliação da dor, através do nível da sua intensidade, das repercussões que tem nas atividades diárias e duração (superior ou inferior a sete dias), determina a prioridade de atendimento pelo médico. Assim, a uma dor ligeira (0 a 4) corresponde a cor verde, a uma dor moderada (5 a 7) cor amarela e a uma dor severa (8 a 10) é atribuída a cor laranja. A esta classificação é feita exceção à dor precordial, a que será sempre atribuída a prioridade muito urgente (laranja) e a dor pleurítica, classificada como urgente (amarela).

Percebe-se assim facilmente, que o enfermeiro que efetua a triagem tem um importante papel na gestão adequada da dor neste serviço. Contudo, ao acompanhar o Enfermeiro na triagem verifiquei que a classificação da intensidade da dor era feita, não pela própria pessoa como é preconizado, mas pelo profissional. Quando questionados acerca dos motivos para esta situação, todos os enfermeiros foram unânimes ao referir que, dado que este era um critério essencial na definição de prioridades, muitos dos utentes caíam na tentação de referir que a sua dor era severa, para encurtar o tempo de espera, aumentando significativamente a afluência dos doentes ao setor laranja (muito urgente). Esta dificuldade na avaliação da dor no momento da triagem é confirmada por Bible (2006), que justifica que uma das causas pode ser o facto de os utentes sentirem que devem dizer que a sua dor é severa, de modo a justificar o atendimento no SU e a diminuir o tempo de espera.

Para tentar contornar esta situação, os enfermeiros realizam assim uma heteroavaliação da dor, utilizando alguns critérios comportamentais, como o fácies da pessoa ou a postura adotada, combinados com questões sobre a qualidade dessa dor e de que modo é limitativa para as atividades de vida. Esta não é uma situação isolada, verificando-se através de pesquisa científica, que na aplicação do sistema de Triagem de Manchester, os profissionais optam por fazer uma heteroavaliação da dor, ao invés de pedir ao utente que faça uma autoavaliação. Ganley & Gloster (2011) afirmam que a avaliação da dor na triagem deve ser alvo de uma abordagem multifacetada, baseando-se nas expressões verbais do utente, nas informações relativas à localização, duração e fatores de alívio ou de agravamento, em parâmetros fisiológicos e na expressão facial e comportamental apresentada.

Contudo, a subjetividade inerente ao fenómeno da dor pode levar a que os profissionais de saúde, através da heteroavaliação subestimem e subvalorizem a dor da pessoa que triam. De facto, um estudo realizado por Puntillo, Neighbor, O'Neil e Nixon (2003), que compara a classificação da intensidade da dor feita pelos próprios utentes e pelos enfermeiros da triagem, conclui que a classificação feita pelos profissionais é significativamente mais baixa do que aquela que é feita pelos utentes, recomendando que seria importante basear a gestão da dor no autorrelato da pessoa.

A avaliação da dor no momento da triagem é importante para que se possa monitorizar a resposta aos tratamentos implementados. Como o SU dispõe de um sistema de registos informatizado, o ALERT ER®, onde é possível aceder a todo o percurso do doente no serviço, é fácil verificar qual a intensidade de dor à entrada e após a instituição da terapêutica, confirmando ou não o seu efeito. Como as pessoas com queixas de dor que eram encaminhadas ao setor laranja, tinham uma dor severa, este tornou-se um local privilegiado para desenvolver competências no âmbito da avaliação da dor, através da aplicação dos instrumentos adequados. Na grande maioria das situações que tive oportunidade de acompanhar as queixas eram de dor abdominal, cólica renal ou cefaleias, em pessoas com capacidade para autoavaliar a dor. Estes casos permitiram aplicar a escala numérica, explicando a cada pessoa as características da escala para que compreendessem a sua aplicação e pudessem classificar a dor de forma mais precisa possível.

Nestas situações, sinalizadas como dor severa, tive a preocupação de pedir ao utente que a classificasse imediatamente antes da administração da terapêutica prescrita e de reavaliar, de forma a monitorizar o efeito da analgesia, após o período de tempo adequado. Concomitantemente, procedi sempre ao registo da intensidade da dor no sistema informático. Os registos são uma ferramenta essencial e um instrumento valioso na prestação de cuidados de enfermagem, que permitem a continuidade de cuidados e a comunicação entre a equipa (Torres & Reis, 2002), neste serviço facilitada pela utilização de um sistema informático que permite o acesso à informação em tempo real em áreas distintas.

Objetivo 2. Desenvolver competências de enfermagem especializadas na gestão adequada da dor e maximização do conforto da pessoa em situação crítica e sua família, em contexto de urgência/emergência.

A intervenção ativa na dor pode ser feita através das intervenções interdependentes ou autónomas. Relativamente as intervenções interdependentes, embora não esteja dentro da área de competência do enfermeiro a prescrição de fármacos, é essencial conhecer as indicações e efeitos de cada fármaco analgésico, sendo possível colaborar com o médico na decisão da melhor opção analgésica para cada doente. Neste sentido, a escada analgésica da dor recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) pode ser um bom instrumento de apoio para decidir a analgesia adequada, perante diferentes intensidades de dor. Esta escada permite dirigir o analgésico à intensidade da dor, que trará como benefícios um controlo mais eficaz da dor, menores gastos para o sistema de saúde, menor tempo da pessoa no SU e uma maior satisfação e conforto para o doente.

A analgesia administrada pode ser complementada com intervenções autónomas, não farmacológicas, de alívio da dor. Estas são intervenções que habitualmente não são descuradas em ambiente de SU. Por exemplo, em doentes com lesões músculo-esqueléticas, a imobilização ou elevação do membro afetado e a aplicação de gelo foram intervenções que pude colocar em prática, verificando um alívio da dor. Além disso, uma vez que a dor é um fenómeno complexo e multidimensional, existem

determinadas intervenções que aumentam o conforto do doente nas suas várias dimensões e que, conseqüentemente, podem diminuir a percepção do fenómeno doloroso. Explicar procedimentos, clarificar a situação clínica ou permitir a presença de familiares são ações que diminuem a ansiedade do doente e diminuem a experiência de desconforto. As intervenções não farmacológicas de dor devem ser ajustadas ao contexto e a cada situação particular. No setor laranja, por exemplo oferecer uma maca a um utente com dor severa que se observa estar desconfortável numa cadeira, é uma medida fácil de aplicar que pode desenvolver, que com certeza aumenta o conforto e, conseqüentemente pode diminuir a percepção da dor sentida.

Tão importante como realizar este tipo de intervenções é também importante registá-las e clarificar o seu efeito naquele doente, dando assim relevância e visibilidade às intervenções autónomas do enfermeiro na gestão adequada da dor.

Verificando que existiam algumas lacunas no SU, essencialmente no que se refere ao registo das intervenções autónomas realizadas e da reavaliação da intensidade da dor, realizei uma apresentação para os enfermeiros neste serviço tendo por base a temática da *“Avaliação e Controlo da Dor”* (apêndice III). Esta ação foi realizada na semana de 10 a 14 de fevereiro de 2014 e optou-se por ser repetida várias vezes nos vários postos do serviço, em momentos com menor afluência, evitando que os profissionais se deslocassem do local onde estavam alocados ou que despendessem do seu tempo, na tentativa de aumentar a adesão à mesma. Foi abordada a importância de valorizar a dor como um “verdadeiro” sinal vital e explicitadas algumas consequências de uma dor não controlada. Relativamente ao controlo da dor abordaram-se as intervenções interdependentes e autónomas, valorizando a importância das últimas. Finalmente, referiu-se a importância de efetuar os registos adequados, tanto da avaliação da dor como das estratégias implementadas e o seu efeito. Assistiram à formação 25 enfermeiros e a sua grande maioria concordou que este era um tema pertinente e que as questões abordadas faziam todo o sentido naquele serviço. Alguns desconheciam a escada analgésica da OMS e concordaram que pode ser um instrumento valioso na implementação da analgesia, em conjunto com o médico. Concordaram que existe realmente um défice no registo da reavaliação da dor e no registo das intervenções não farmacológicas realizadas e reconheceram a elevada importância de o realizarem.

Um grande grupo de pessoas que recorre ao SU com lesões quase inequivocamente dolorosas são as vítimas de trauma. Durante o estágio apercebi-me que, ao chegar ao SU deste hospital, estas pessoas são avaliadas e triadas diretamente no setor laranja e depois enviadas para observação médica, pela especialidade de cirurgia.

No momento da triagem, a dor de cada um dos doentes é avaliada e registada. No entanto, o primeiro analgésico só será administrado após a observação e prescrição médica. Assim, e influenciado pela elevada afluência de pessoas que diariamente recorre a este serviço, o tempo que decorre entre a entrada no serviço e a efetiva analgesia pode ser significativo. Verifica-se assim que, independentemente do nível de dor avaliado no momento da triagem, existem condicionalismos na implementação de analgesia, o que prolonga o sofrimento e compromete o conforto destas pessoas. Além de se depararem com uma situação potencialmente stressante e geradora de ansiedade por terem sofrido uma lesão traumática, estes doentes têm ainda de lidar com a sua dor física não controlada.

No cuidado à pessoa com dor, a negação ou a desvalorização do seu sofrimento é considerado como uma falha na excelência do exercício profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2008). O controlo da dor assume-se assim como uma questão humanitária, mas também uma questão de elevada importância para manter as funções vitais do organismo e evitar as consequências nefastas do processo doloroso (Sallum, 2009). Neste sentido, a gestão adequada da dor nos doentes deve ser vista como uma das prioridades no cuidado às pessoas vítimas de trauma. O facto de os profissionais desviarem a sua atenção para funções que afetam diretamente a sua estabilidade, de não reconhecerem e valorizarem os efeitos fisiológicos da dor (Calil & Pimenta, 2008) ou a perceção de que a analgesia pode mascarar o quadro e dificultar o diagnóstico (Calil & Pimenta, 2005), são algumas das razões descritas na literatura que tentam justificar o inadequado controlo da dor.

Aliviar a dor das vítimas de trauma o mais precocemente possível, revela-se como boa prática profissional e contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Assim, a gestão da dor deve ser iniciada no primeiro contacto com um profissional de saúde (Goh, Choo, Lee, & Tham, 2007), que no SU em questão é garantida pelo Enfermeiro alocado ao setor laranja. Apesar de intervenções autónomas de enfermagem serem colocadas em prática no primeiro contacto com a

pessoa, muitas das vezes estas intervenções, por si só, são insuficientes e o direito do doente de ter a sua dor aliviada fica comprometido, pelo atraso na instituição de analgesia.

Desta forma, para colmatar o tempo de espera até ao início de analgesia, “a existência de protocolos cuja execução fica ligada à tomada de decisão casuística e concreta, adequada à pessoa singular” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 7), a implementar pelo enfermeiro, pode ser uma das soluções. Neste sentido, uma das estratégias adotadas em alguns serviços de urgência a nível internacional, tem sido a implementação de protocolos de analgesia. Trabalhos já realizados evidenciam que este tipo de protocolos têm uma influência positiva na gestão da dor em SU, verificando-se um aumento na frequência da avaliação e registo da dor, no número de doentes que recebe analgesia e uma diminuição do tempo de espera até a administração do primeiro analgésico, podendo ser utilizados com eficácia e segurança, com efeito na satisfação dos doentes (Wong, Chan, Rainer, & Ying, 2007) (Fosnocht & Swanson, 2007) (Finn, et al., 2012).

De acordo com a OE “os enfermeiros têm a responsabilidade de se articular com outros profissionais de saúde na proposta de mudanças organizacionais que facilitem a melhoria das práticas de controlo da dor” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 13). Assim sendo, perante a situação identificada e baseada na evidência científica disponível, elaborei um documento (apêndice IV), posteriormente entregue ao Sr. Enfermeiro Chefe, onde se justifica a pertinência e a importância da criação de um protocolo de analgesia neste serviço, que poderá ser o ponto de partida para uma melhor gestão da dor e, conseqüentemente, para a humanização dos cuidados.

3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A constante evolução a que se assiste em cuidados de saúde, exige do Enfermeiro um esforço adicional para manter a atualização contínua dos conhecimentos, através do investimento na formação específica e especializada, em busca da excelência profissional.

O cuidado à pessoa em situação crítica sempre foi uma área da enfermagem que me despertou grande interesse e a necessidade de investir na especialização de competências nesta área serviu de motivação à concretização do percurso realizado, no âmbito do presente Curso de Mestrado em Enfermagem, que teve sempre como enfoque principal a gestão adequada da dor.

A dor é atualmente um problema de saúde pública, com repercussões a vários níveis e que tem sido alvo de uma crescente preocupação na sociedade em geral, pelo que se exige que, os profissionais que cuidam de pessoas com dor sejam detentores de formação atualizada e aprofundada nesta área. A avaliação e controlo eficaz da dor são um dever dos profissionais de saúde e um direito de todas as pessoas que necessitam de cuidados de saúde. Dado o seu carácter multifatorial e subjetivo, a gestão da dor constitui-se um desafio para os enfermeiros, desafio esse que se intensifica quando nos referimos ao cuidar de pessoas em situação crítica, frequentemente incapazes de comunicar. Estudos científicos demonstram que o controlo adequado da dor tem benefícios que se traduzem em ganhos em saúde, pelo que devem ser realizados esforços no sentido de consciencializar os profissionais para esta problemática e de os capacitar para intervir eficazmente.

A realização do relatório permitiu descrever o percurso realizado, analisando e refletindo criticamente sobre as atividades desenvolvidas, dando relevância ao seu contributo para a excelência dos cuidados de enfermagem. Possibilitou ainda evidenciar as competências especializadas de enfermagem que foram sendo adquiridas ou desenvolvidas em cada contexto e que contribuíram para o meu desenvolvimento profissional.

A realização dos estágios desempenha um papel fundamental no processo de formação de pós-licenciatura ao permitir alargar conhecimentos, analisar criticamente os cuidados, refletir na e sobre a ação, facilitando o desenvolvimento de novas competências. Os locais de estágio selecionados revelaram-se excelentes locais para o desenvolvimento de competências no cuidado à Pessoa em Situação Crítica, quer pela quantidade quer pela variedade de situações de aprendizagem com que me deparei.

A experiência profissional que já detinha em UCI constituiu-se como um fator facilitador de todo este processo de desenvolvimento de competências. Os orientadores dos locais de estágio foram elementos essenciais, que me deram a liberdade para conduzir a minha própria aprendizagem, sendo um auxílio imprescindível nesse processo. De referir também as equipas de enfermagem e restantes profissionais dos locais onde passei, que me acolheram com toda a disponibilidade e me permitiram a consecução dos objetivos.

A orientação tutorial da Professora Anabela Mendes, bem como a colaboração da Enfermeira Telma Lopes, revelaram-se pilares essenciais na construção do percurso, na clarificação de ideias, na troca de experiências significativas e no esclarecimento de dúvidas, determinando um apoio fulcral em momentos de maiores dificuldades.

Durante o percurso, senti algum constrangimento na gestão das minhas expectativas e dos outros sobre mim, ao sentir-me novamente no papel de aluna estagiária, embora num contexto diferente. Além disso, aprender a gerir o meu tempo pessoal, profissional e escolar, constitui-se como um desafio constante.

Os recursos utilizados para a consecução dos objetivos foram a mobilização de conhecimentos já adquiridos, a pesquisa científica, a prestação direta de cuidados à pessoa em situação crítica e suas famílias e a reflexão constante, individual ou com os pares. Em cada estágio foram desenvolvidas as atividades propostas, com necessidade de algum ajuste após o conhecimento mais aprofundado dos diferentes contextos, que permitiram o desenvolvimento das competências.

Baseando-me nas unidades de competências previstas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, relativamente a cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

(Ordem dos Enfermeiros, 2010a), prestei cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação de instabilidade e risco de falência; participei na gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos; assisti a pessoa e a família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica, adaptando a comunicação interpessoal na gestão de uma relação terapêutica. Desenvolvi ainda competências no âmbito da intervenção no controlo e prevenção da infeção perante a pessoa em situação crítica e competências gerais no domínio da melhoria da qualidade e da gestão dos cuidados.

A gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica, através da adequada avaliação e da implementação de medidas necessárias, foi uma preocupação central no desenvolvimento deste percurso, que me permitiu adquirir competências especializadas nesta área, bem como promover a melhoria e humanização da qualidade dos cuidados, nos diferentes locais de estágio que percorri.

Consciente de que o conforto é um resultado holístico expectável da prática de enfermagem, em que o controlo da dor assume uma particular importância, desenvolvi uma preocupação especial em satisfazer ou manter satisfeita esta necessidade, no cuidado à pessoa em situação crítica e às suas famílias, guiando o meu exercício pela teoria do conforto de Kolcaba.

De salientar o trabalho desenvolvido no segundo local de estágio, que permitiu capacitar os enfermeiros para uma melhoria dos cuidados prestados e levou a uma mudança de comportamentos e atitudes, ao fornecer os instrumentos e conhecimentos para que se proceda a uma adequada avaliação da dor. No estágio em SU, a deteção de uma situação problema, que levou à elaboração de um documento que sugere a implementação de um protocolo de analgesia para as pessoas vítimas de trauma e justifica cientificamente a sua pertinência, pode contribuir para uma efetiva melhoria da gestão da dor neste local.

Analisando os níveis de competências definidos por Benner (2001), com o desenvolvimento das atividades e consecução dos objetivos tracei um caminho que me permitiu atingir o nível de perito na área da gestão da dor e de proficiente em outras áreas de cuidado à pessoa em situação crítica e sua família.

De futuro, pretendo dar continuidade ao projeto desenvolvido no meu local de trabalho, de avaliação de dor no doente crítico através da BPS, através da monitorização e do investimento da formação, alargando-a à área do controlo da dor. Além disso, irei desempenhar funções de elo de ligação com o projeto de Avaliação de Dor no Doente Adulto do Centro Hospitalar, a começar no mês de maio.

Não é simples relatar todas as atividades desenvolvidas e a grandeza das aprendizagens que fui fazendo desde o início do Curso de Mestrado. O percurso realizado constitui-se agora como o ponto de partida para novas etapas, em que os novos conhecimentos e competências adquiridas e a capacidade de análise e reflexão serão interiorizados num caminho que busca a excelência e a perícia. Considero que o trabalho desenvolvido traz para a disciplina de enfermagem ganhos, que se conseguiram através da sensibilização, formação e capacitação das equipas de enfermagem com que trabalhei diretamente, essencialmente na área da gestão da dor e promoção do conforto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahlers, S., van Gulik, L., van der Veen, A., van Dongen, H., Bruins, P., Belitser, S., . . . Knibbe, C. (fevereiro de 2008). Comparison of different pain scoring systems in critically ill patients in a general ICU. *Critical Care*, 12 (1), pp. R15-R22.
- Aïssaoui, Y., Zeggwagh, A., Zekraoui, A., Abidi, K., & Abouqal, R. (2005). Validation of a Behavioral Pain Scale in critically ill sedated, and mechanically ventilated patients. *Anesthesia & Analgesia*, 101, pp. 1470-1476.
- Aitken, L., & Elliott, R. (2012). Psychological Care. Em D. Elliott, L. Aitken, & W. Chaboyer, *Critical Care Nursing* (pp. 133-155). Australia: Elsevier Australia.
- Alderson, S., & McKechnie, S. (março de 2013). Unrecognised, undertreated, pain in ICU: Causes, effects, and how to do better. *Open Journal of Nursing*, 3, pp. 108-113.
- Barr, J., Fraser, G., Puntillo, K., Ely, W., Gélinas, C., Dasta, J., . . . Jaeschke, R. (janeiro de 2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical care medicine*, 41(1), pp. 263-306.
- Batalha, L., Figueiredo, A., Marques, M., & Bizarro, V. (março de 2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale - Intubated Patient (BPS/IP-PT). *Referência*, 3(9), pp. 7-16.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute ad critical care: a thinking in action approach*. New York: Springer Publishing Company.
- Bible, D. (junho de 2006). Pain assessment at nurse triage: a literature review. *Emergency Nurse*, 14(3), pp. 26-29.

- Cade, C. H. (2008). Clinical tools for the assessment of pain in sedated critically ill adults. *Nursing in Critical Care*, 13 (6), pp. 288-297.
- Calil, A., & Pimenta, C. (setembro/outubro de 2005). Intensidade da dor e adequação da analgesia. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 13(5), pp. 692-9.
- Calil, A., & Pimenta, C. (2008). Gravidade de lesão e eanalgesia em pacientes que sofreram acidentes de transporte. *Acta Paul Enferm*, 21(3), pp. 398-403.
- Capitão, E., & Pires, J. (2009). Monitorização hemodinâmica. *Rev Port Med Int*, 16(3), pp. 51-55.
- Celis-Rodríguez, E., Birchenall, C., de la Cal, M., Arellano, G., Hernández, A., Ceraso, D., . . . Rubiano, S. (2013). Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo. *Medicina Intensiva*, 37(8), pp. 519-574.
- Chanques, G., Jaber, S., Barbotte, E., Violet, S., Sebbane, M., Perrigault, P.-F., . . . Eledjam, J.-J. (2006). Impact of systematic evaluation of pain and agitation in an intensive care unit. *Crit Care Med*, 34(6), pp. 1691-1699.
- CIPE. (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Decreto-Lei N.º 437/91. (1991). *Diário da República N.º 257 - I Série A*, 5723-5741.
- DGS. (2003). Circular Normativa N.º09 CGCG : A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor.
- DGS. (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa.
- DGS. (2008). Circular Normativa N.º 11/DSCS/DPCP: Programa Nacional de Controlo da Dor.
- DGS. (outubro de 2013). Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor. Obtido em 10 de Fevereiro de 2014, de <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor-pdf.aspx>

- Dias, C. (2010). Prevenção da Infecção Nosocomial - ponto de vista do Especialista. *Rev Port Med Int*, 17(1), pp. 47-53.
- Direção Geral do Ensino Superior. (2008). *Descritores de Dublin*. Obtido em 10 de Maio de 2013, de <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>
- Finn, J., Rae, A., Gibson, N., Swift, R., Waliters, T., & Jacobs, I. (2012). Reducing time to analgesia in the emergency department using a nurse-initiated pain protocol: A before-and-after study. *Contemporary Nurse*, 43(1), pp. 29-37.
- Fosnocht, D., & Swanson, E. (2007). Use of a triage pain protocol in the ED. *The American Journal of Emergency Medicine*, 25, pp. 791-793.
- Ganley, L., & Gloster, A. (novembro de 2011). An overview of triage in the emergency department. *Nursing Standard*, 26(12), pp. 49-56.
- Goh, H., Choo, S., Lee, I., & Tham, K. (janeiro de 2007). Emergency department triage nurse initiated pain management. *Hong Kong Journal of Emergency Medicine*, 14(1), pp. 16-21.
- Granja, C., Lopes, A., Moreira, S., Dias, C., Costa-Pereira, A., & Carneiro, A. (abril de 2005). Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. *Critical Care*, 9 (2), pp. R96-R109.
- Haslam, L., Dale, C., Knechtel, L., & Rose, L. (maio de 2012). Pain descriptors for critically ill patients unable to self-report. *Journal of Advanced Nursing*, 68(5), pp. 1082-1089.
- Herr, K., Coyne, P., Manworren, R., McCaffery, M., Merkel, S., Pelosi-Kelly, J., & Wild, L. (junho de 2006). Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 7 (2), pp. 44-52.
- International Association for the Study of Pain. (1994). *IASP Taxonomy*. Obtido em 10 de Março de 2013, de <http://www.iasp->

pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm#Pain

Jamerson, P., Scheibneir, M., Boot, M., Crighton, F., Hinton, R., & Lobb, A. (novembro/dezembro de 1996). The experiences of families with a relative in the Intensive Care. *Heart & Lung*, 25(6), pp. 467-474.

Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *J Adv Nurs*, 19, pp. 1178-1184.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.

Li, D., Puntillo, K., & Miaskowski, C. (janeiro de 2008). A review of objective pain measures for use with critical care adult patients unable to self-report. *The journal of pain: official journal of the American Pain Society*, 9 (1), pp. 2-10.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa: Conselho de Enfermagem.

Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Payen, J.-F., Bru, O., Bosson, J.-L., Lagrasta, A., Novel, E., Deschaux, I., . . . Jacquot, C. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Medicine*, 29 (12), pp. 2258-63.

Pinho, J. A., Carneiro, H., & Alves, F. (2012). *Plano Nacional de Avaliação da Dor - Resultados*. Obtido em 08 de Março de 2013, de http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PNAvaliacao_dor.pdf

- Pudas-Tähkä, S.-M., Axelin, A., Aantaa, R., Lund, V., & Salanterä, S. (maio de 2009). Pain assessment tools for unconscious or sedated intensive care patients: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), pp. 946-956.
- Puntillo, K. (2005). Manejo da dor. Em H. Schell, & K. Puntillo, *Segredos em Enfermagem na Terapia Intensiva: respostas necessárias ao dia-a-dia nas Unidades de Terapia Intensiva*. Porto Alegre: Artmed.
- Puntillo, K., Neighbor, M., O'Neil, N., & Nixon, R. (dezembro de 2003). Accuracy of emergency Nurses in Assessment of Patient' Pain. *Pain Management Nursing*, 4(4), pp. 171-175.
- Puntillo, K., Pasero, C., Li, D., Mularsky, R., Grap, M. J., Erstad, B., . . . Sessler, C. (abril de 2009). Evaluation of pain in ICU patients. *Chest*, 135(4), pp. 1069-1073.
- Rello, J., Lode, H., Cornaglia, G., & Masterton, R. (março de 2010). A European care bundle for prevention of ventilator-associated pneumonia. *Intensive Care Med*, 36, pp. 773-780. doi:10.1007/s00134-010-1841-5
- Ribeiro, P., & Costa, M. A. (julho de 2012). O conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar: contributos para uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência, Série III* (7), pp. 149-158.
- Rigotti, M., & Ferreira, A. (janeiro/março de 2005). Intervenção de enfermagem ao doente com dor. *Arq Ciênc Saúde*, 12(1), pp. 50-54.
- Sallum, A. M. (janeiro/março de 2009). Analgesia em acidentados de transporte: indicadores para uma atuação segura na emergência. *Rev. Min. Enferm.*, 13(1), pp. 107-114.
- Santos, E., & Fernandes, A. (março de 2004). Prática reflexiva: guia para a reflexão estruturada. *Referência*, 11, pp. 59-62.
- Sessler, C. (abril de 2009). Progress toward eliminating inadequately managed pain in the ICU through interdisciplinary care. *Chest*, 135(4), pp. 894-896.
- Swearingen, P. L., & Keen, J. H. (2001). *Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos*. Loures: Lusociência.

- Thorp, J., & James, S. (2010). Controlo da dor em Unidade de Cuidados Intensivos. Em IASP, *Guia para o tratamento de Dor em contexto de poucos recursos* (pp. 306-316). Seattle: IASP Press.
- Torres, M., & Reis, M. (março de 2002). Reflexão sobre a importância dos registos de enfermagem. *Sinais Vitais*, 41, pp. 57-59.
- Varon, J., & Acosta, P. (maio de 2008). Therapeutic Hypothermia: present, past, and future. *Chest*, 133(5), pp. 1267-1274.
- Walder, B., & Tramèr, M. (2004). Analgesia and sedation in critically ill patients. *Swiss Medical Weekly*, 134, pp. 333-346.
- Wilson, L., & Kolcaba, K. (junho de 2004). Pratical Application of Comfort Theory in the Perianesthesia Setting. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 3, pp. 164-173.
- Wong, E., Chan, H., Rainer, T., & Ying, C. (2007). The effect of a triage pain management protocol for minor musculoskeletal injury patients in a Hong Kong emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 10, pp. 64-72.
- Young, J., Siffleet, J., Nikoletti, S., & Shaw, T. (abril de 2006). Use of a behavioural pain scale to acess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22, pp. 32-39.

APÊNDICE I

Estudo de Caso



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

3º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Estágio com Relatório

ESTUDO DE CASO

***Intervenção Especializada do Enfermeiro na Avaliação e Controlo
da Dor na Pessoa em Situação Crítica***

Ana Filipa Gomes Mortágua Nunes

N.º 4745

Lisboa

Dezembro de 2013



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

3º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Estágio com Relatório

ESTUDO DE CASO

***Intervenção Especializada do Enfermeiro na Avaliação e Controlo
da Dor na Pessoa em Situação Crítica***

Ana Filipa Gomes Mortágua Nunes, N.º 4745

Professora Orientadora: Professora Mestre Anabela Mendes

Enfermeira Orientadora: Enfermeira O. P.

Lisboa

Dezembro de 2013

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Angio-TAC – Angiografia por Tomografia Axial Computorizada

AST – Aspartato Aminotransferase

bpm – Batimentos por minuto

BPS – Behavioral Pain Scale

cm – centímetros

cmH₂O – centímetros de água

CPK – Creatinafosfoquinase

cpm – ciclos por minuto

CVC – Cateter Venoso Central

FC – Frequência Cardíaca

FiO₂ - Fração inspirada de oxigênio

FR – Frequência Respiratória

g/ml – gramas por mililitro

Hb – Hemoglobina

LA – Linha Arterial

LDH – Desidrogenase láctica

Lt – litros

mEq/L – miliequivalentes por litro

mg/dl – miligramas por decilitro

mg/ml – miligramas por mililitro

ml - mililitros

ml/h – mililitros por hora

mmHg – milímetros de mercúrio

°C – graus Celsius

PEEP – Pressão positiva no final da expiração

RASS – Richmond Agitation Sedation Scale

SNG – Sonda Nasogástrica

SpO₂ – Saturação periférica de oxigênio

TA – Tensão Arterial

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TOT – Tubo Orotraqueal

U/L – Unidades por litro

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VC – Volume controlado

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Vt – Volume corrente

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1 – EXPOSIÇÃO DO CASO	6
2 – PROCESSO DE ENFERMAGEM	11
2.1 – Avaliação Inicial	11
2.2 – Plano de Cuidados	12
2.3 – Evolução do Caso do Sr. W.V.	18
3 – ANÁLISE DO CASO COM BASE NA TEORIA DE CONFORTO DE KOLCABA	19
4 – ANÁLISE DO CASO COM BASE NA TEORIA DE CONFORTO DE PATRICIA BENNER	22
5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
BIBLIOGRAFIA	26

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Sinais Vitais depois da intervenção cirúrgica.....	8
Quadro 2: Dados analíticos depois da intervenção cirúrgica.....	9
Quadro 3: Sinais Vitais a 22/11/13	13
Quadro 4: Avaliação da Dor do Sr. W.V. (realização de pensos cirúrgicos).....	17

INTRODUÇÃO

O presente Estudo de Caso é realizado no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, inserido no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, que se encontra a decorrer numa Unidade de Cuidados Intensivos de um Hospital de Lisboa.

Um estudo de caso deve ser uma investigação aprofundada de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma organização (Fortin, 2009). No estudo de caso apresentado, pretende-se expor os cuidados prestados ao Sr. W.V. e sistematizar os diferentes conhecimentos e competências no cuidado à pessoa em situação crítica, através da exploração, descrição e análise da situação. O presente trabalho tem ainda como objetivo analisar as intervenções realizadas, com base na teoria de conforto de Katharine Kolcaba e no quadro conceptual de Patricia Benner. A análise segundo a Teoria do Conforto pretende expor o resultado das intervenções na satisfação da necessidade de conforto do Sr. W.V., nos seus diferentes contextos. Por sua vez, o recurso ao quadro conceptual de Benner, tem como fim examinar, neste caso específico, as competências desenvolvidas no cuidado à pessoa em situação crítica.

Dos vários casos vivenciados em contexto de ensino clínico, o caso apresentado, do Sr. W.V., foi por mim escolhido por nele perspetivar uma oportunidade para adquirir e desenvolver competências no cuidado à pessoa em situação crítica, nomeadamente na área desenvolvida em projeto de estágio: Intervenção Especializada do Enfermeiro na Avaliação e Controlo da Dor na Pessoa em Situação Crítica.

O trabalho encontra-se estruturado em três partes principais. Inicialmente é feita a exposição do caso do Sr. W.V. e uma breve abordagem às patologias que motivaram o internamento. Seguidamente é apresentado o processo de enfermagem, realizado tendo por base a linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). Por fim, o caso é analisado de acordo com a teoria do conforto de Kolcaba e o quadro conceptual de Patricia Benner.

1 – EXPOSIÇÃO DO CASO

No dia 15 de novembro de 2013, cerca das 10:10, deu entrada na UCI o Sr. W.V. de 25 anos, com o diagnóstico à entrada de choque hemorrágico com coagulopatia de consumo, em contexto de trauma penetrante, por arma de fogo. Tem como antecedentes pessoais conhecidos: consumo de anabolizantes, infeções genitais de repetição e vítima de agressão por arma de fogo em junho de 2013 (com porta de entrada na raiz da coxa direita).

Trata-se de um doente que foi assistido e trazido ao Serviço de Urgência na madrugada do dia 15 de novembro pela equipa da VMER após ter sido vítima de agressão por arma de fogo, com porta de entrada no escroto e nas porções proximais da coxa, mantendo estabilidade hemodinâmica durante o transporte. É descrito que à chegada no serviço de Urgência o doente apresentava-se sem alteração do seu estado de consciência, trazia um garrote na coxa direita que se retirou sem evidência de hemorragia.

Realizou TAC abdomino-pélvica e dos membros inferiores e foi assistido no Bloco Operatório pelas equipas de cirurgia geral, ortopedia, urologia e cirurgia vascular. Ortopedia: *“fratura da diáfise do fémur; fixação externa sob anestesia geral, com aplicação de fixador de Hoffman II por via percutânea”*; Urologia: *“laceração da glândula que se sutura após desinfeção e lavagem com gentamicina; ferida de entrada e saída na pele peniana/prepúcio; sem laceração dos corpos cavernosos”*; Cirurgia vascular: *“angioTAC com laceração do 1/3 médio da artéria femoral superficial direita; realizada laqueação da veia femoral superficial mais ressecção de segmento lesado da artéria femoral superficial e interposição femoro-femoral da artéria femoral superficial com veia safena interna homolateral invertida; fica com bom pulso distal”*.

Na avaliação inicial, à chegada à UCI, o Sr. W.V. apresentava-se sedado sob perfusões de propofol e midazolam e analgesiado sob perfusão de alfentanilo. Pele seca e descorada com mucosas desidratadas. Pupilas isocóricas e isorreativas à luz. Conectado a ventilador através de tubo orotraqueal (TOT), ventilado em volume controlado (VC) e bem adaptado.

A gasimetria arterial à entrada revela uma acidose metabólica, com pH de 7,29 e HCO_3 de 18 mEq/L. Feita ressuscitação hemodinâmica com 1000ml de lactato de ringer e 1000ml de soro fisiológico, com boa resposta.

Membro inferior direito com fixador externo na coxa, extremidades frias e sem pulsos palpáveis, com tempo de preenchimento capilar de 6 segundos; membro inferior esquerdo com extremidades frias, sem pulsos pediosos ou tibiais palpáveis, com tensão importante na coxa. Por suspeita de síndrome compartimental foi observado pela cirurgia vascular que descreve *“lado esquerdo verifica-se tensão compartimental importante e diminuição franca dos fluxos a nível poplíteo e distal, com quadro de isquémia (...) tem indicação para angiografia urgente”*. Após a angiografia é descrito *“importante tensão compartimental da coxa, bilateralmente, observando-se fluxos distais alterados mas existentes, permeabilidade dos eixos arteriais, nomeadamente da cirurgia à direita; decide-se fasciotomias das coxas”*. O doente foi então novamente ao Bloco Operatório onde foi submetido a fasciotomias de compartimento externo da coxa bilateralmente, com herniação imediata do quadricípite crural.

No regresso à unidade, após as fasciotomias apresenta membros inferiores com tempo de preenchimento capilar de aproximadamente 2 segundos, bilateralmente, com melhoria da temperatura das extremidades.

Sinais Vitais	
TA	127/81 mmHg
FC	115 bpm
FR	16 cpm
Temp. axilar	35 °C
SpO ₂	100%

Quadro 1: Sinais Vitais depois da intervenção cirúrgica

Dados analíticos

Hb	8,0 g/dl	↓
Plaquetas	78.000x10⁹/L	↓
Leucócitos	8.800 x10 ⁹ /L	
Fibrinogénio	2,2 g/L	↓
Ureia	37 mg/dl	
Creatinina	1,03 mg/dl	
Cálcio	6,4 mg/dl	↓
Potássio	6,0 mg/dl	↑
CPK	11.504 U/L	↑
Mioglobina	7315 U/L	↑
PCR	251 mg/dl	

Quadro 2: Dados analíticos depois da intervenção cirúrgica

O trauma penetrante diz respeito a uma lesão provocada por um objeto estranho que penetra no tecido. A avaliação deste tipo de traumatismo depende do agente do ferimento, do modo como a energia se dissipa, da distância entre a vítima e a arma e das características dos tecidos atingidos. No trauma por arma de fogo a velocidade e o tipo de projétil determinam a deformação do tecido e a extensão da cavitação, podendo ocorrer lesão de órgãos, ossos e vasos que se encontrem na trajetória da bala (Revere, 2001). No caso descrito, a fratura de fémur e lesão da artéria femoral foram consequências do trauma pela arma de fogo.

Associada à história de trauma penetrante de uma extremidade e na presença de sinais de insuficiência vascular, a lesão vascular deve ser suspeitada. Uma vez que o músculo não tolera a falta de sangue arterial por mais de 6 horas, a cirurgia de revascularização deve ser realizada assim que possível, de modo a restaurar o fluxo sanguíneo no membro afetado (American College of Surgeons, 2008).

No caso da fratura do fémur, a maior complicação que pode surgir é o choque, na sequência da hipovolémia. A terapêutica inicial consiste na estabilização da fratura e preparação para cirurgia de redução (com fixadores internos ou externos), se necessário (James, 2001).

O choque pode ser definido como um colapso hemodinâmico, que resulta numa inadequada perfusão dos órgãos e oxigenação dos tecidos. (American College of Surgeons, 2008). O choque hipovolémico ocorre quando há depleção do volume intravascular em relação à capacidade vascular, o que pode ser resultado de hemorragia, entre outras causas. (Society of Critical Care Medicine, 2008). A hemorragia é a causa mais comum de choque após trauma. As perdas sanguíneas estão associadas ao local da lesão traumática, sendo que nas fraturas do fémur se podem registar perdas de sangue superiores a 1500ml (American College of Surgeons, 2008). O tratamento inicial consiste em parar a hemorragia e repor o volume perdido, para restabelecimento da pressão arterial, pulso e perfusão normal dos órgãos. Inicialmente devem ser utilizados os cristaloides e coloides (1 a 2 Lt), mas podem ser necessários hemoderivados para repor a perda de sangue (Society of Critical Care Medicine, 2008), monitorizando a resposta do doente e a adequada perfusão e oxigenação dos órgãos, através da melhoria da perfusão periférica, estado de consciência e débito urinário (American College of Surgeons, 2008).

O trauma severo e hemorragia podem resultar no consumo de fatores de coagulação e em coagulopatia. A coagulopatia de consumo ou coagulação intravascular disseminada pode ser precipitada por várias causas, das quais se destacam o choque ou a lesão de tecidos (Black & Matassarini-Jacob, 1996). É uma resposta dos mecanismos hemostáticos do organismo, caracterizada por um desequilíbrio entre os processos de coagulação e anticoagulação (Phipps, Sands, & Marek, 2003). Pode ser causada pela ativação do fator VII após traumatismo maciço, o que provoca um estado de hipercoagulabilidade, mas à medida que os fatores de coagulação se esgotam, resulta em hipocoagulabilidade. Desta forma, pode ocorrer hemorragia devido à diminuição das plaquetas, depleção dos fatores de coagulação e fibrinogénio e produção de produtos de degradação da fibrina. Analiticamente pode observar-se uma anomalia dos eritrócitos, trombocitopenia, fibrinólise e tempo de protrombina aumentado. O tratamento consiste em controlar a hemorragia e restabelecer os níveis normais de fatores de coagulação, que pode ser obtido através da administração de plasma fresco congelado, concentrado de plaquetas, crioprecipitados ou sangue total fresco (Phipps, Sands, & Marek, 2003). A intervenção de enfermagem é essencial para vigiar e monitorizar a hemorragia, de forma a detetar precocemente complicações.

A síndrome compartimental é definida como “um aumento da pressão dentro de um compartimento anatómico, comprometendo a circulação, viabilidade e funcionamento dos tecidos no interior desse mesmo compartimento” (Swearingen & Keen, 2001, p. 193). O principal sintoma é a dor desproporcional à lesão aparente; verifica-se ainda um aumento da tensão, um tempo de preenchimento capilar aumentado e um aumento da pressão intracompartimental. Analiticamente pode ser observado um aumento da creatina fosfoquinase (CPK), da desidrogenase láctica (LDH) e do aspartato aminotransferase (AST), que indicam lesão muscular. (Swearingen & Keen, 2001; Phipps, Sands, & Marek, 2003). A chave para o sucesso no tratamento desta síndrome é o diagnóstico precoce. Uma vigilância apertada é essencial, especialmente se o doente tem alterações do estado de consciência que não lhe permitem ter uma resposta adequada à dor (American College of Surgeons, 2008). Se não for reconhecida atempadamente, a síndrome compartimental aguda pode levar à perda de função, deformidade ou possibilidade de amputação do membro afetado (Phipps, Sands, & Marek, 2003). Os objetivos do tratamento incluem diminuir a pressão dos tecidos, restaurar o fluxo de sangue e preservar a função do membro. Para esse fim pode estar indicada intervenção cirúrgica através de uma fasciotomia descompressiva. (Phipps, Sands, & Marek, 2003).

2 – PROCESSO DE ENFERMAGEM

2.1 – Avaliação Inicial

No dia 22 de novembro, no turno da manhã tive a oportunidade de colaborar com a Enfermeira responsável por este doente, na prestação de cuidados.

O Sr. W.V. encontrava-se sedado sob propofol (1g/50ml) a 6,8ml/h e midazolam (150mg/50ml) a 4,2 ml/h, encontrando-se numa sedação profunda, com pontuação da escala de RASS de -4 (sem resposta a estímulos verbais mas com movimentos ou abertura dos olhos a estímulos físicos). Analgesiado sob perfusão de alfentanil (15mg/50ml) a 5,5ml/h, sem evidência de dor em repouso com pontuação da BPS de 3. Pupilas isocóricas e isorreativas à luz.

Conectado ao ventilador através de tubo orotraqueal, ventilado em volume controlado com Vt 550ml, PEEP 4 cmH₂O, FR 16 cpm e FiO₂ de 30%, bem adaptado. Presença de secreções mucopurulentas fluídas em pequena quantidade. Sialorreia mucosa em moderada quantidade.

Pele quente e seca, mucosas descoradas e hidratadas. Apresenta fixador externo na coxa direita. Pensos de fasciotomias na coxa direita e esquerda. Edemas dos membros inferiores. Extremidades quentes, bem perfundidas com tempo de preenchimento capilar <2 segundos. Pulsos tibiais e pediosos palpáveis em ambos os membros.

Presença de cateter venoso central (CVC) de 5 lúmens na jugular direita e linha arterial (LA) na radial direita, com curva compatível.

Alimentado através de Sonda Nasogástrica (SNG) com alimentação entérica contínua em curso a 63 ml/h (1500ml/dia).

Drenagem vesical tipo Foley com saída de urina clara. Dispositivo coletor de fezes (flexi-seal ®) funcionante, com saída de fezes líquidas acastanhadas.

Mantém suspeita de lesão da coluna, aguardando realização de TAC.

Recebeu a visita de vários membros da família, estando mais presentes a mãe e a namorada. Tanto a mãe como a namorada se demonstraram bastante ansiosas, colocando questões frequentes acerca dos valores apresentados nos dispositivos de monitorização e acerca da situação clínica do Sr. W.V..

Sinais Vitais	
TA	138/74 mmHg
FC	102 bpm
FR	16 cpm
Temp. axilar	37,5°C
SpO ₂	100%

Quadro 3: Sinais vitais 22/11/13

2.2 – Plano de cuidados

Atitudes terapêuticas
Vigiar traçado cardíaco através de monitor cardíaco Monitorizar frequência cardíaca Monitorizar tensão arterial Monitorizar temperatura corporal Monitorizar entrada e saída de líquidos Gerir regime medicamentoso Gerir o ambiente (ruído, luz, temperatura)

Durante o turno o Sr.W.V. manteve traçado cardíaco arritmico sinusal, com períodos com FC que oscilaram entre 98-130 bpm. Hemodinamicamente estável com TA média 80-90. Sub-febril com temperatura axilar entre 37,5 - 37,9°C, tendo sido feito arrefecimento periférico.

Foi gerido o ambiente através de diminuição do ruído, diminuição da intensidade da luz sobre o doente e controlo da temperatura.

Consciência alterada

Estimular a pessoa
Vigiar resposta aos estímulos externos
Monitorizar sedação através de escala (RASS)
Vigiar reflexo pupilar

O Sr. W.V. mantém-se sem resposta a estímulos verbais mas com movimentos ou abertura dos olhos a estímulos físicos: RASS de -4. Pupilas isocóricas e isorreativas.

Ventilação espontânea ineficaz

Vigiar resposta ao ventilador
Monitorizar condição da ventilação através do ventilador
Vigiar respiração
Monitorizar frequência respiratória
Monitorizar SpO₂
Otimizar TOT
Vigiar secreções
Aspirar mecanicamente secreções através do TOT e cavidade oral
Gerir dispositivo respiratório

O Sr. W.V. manteve-se bem adaptado à ventilação mecânica através de TOT n.º 7,5 a nível 22 à comissura labial, em VC, com Vt. 550 ml. Bem oxigenado, com SpO₂>98% sob FiO₂ 30%. FR 16 cpm. Aspiradas secreções uma vez durante o turno, através do TOT, sendo estas mucopurulentas, fluídas e escassas.

Autocuidado higiene: dependente

Executar cuidados de higiene no leito
Lavar a boca
Vigiar pele e mucosas

Mobilidade comprometida

Vigiar pele Monitorizar risco de úlcera (escala de Braden) Posicionar o doente Massajar o doente

Prestados cuidados de higiene no leito. Pele quente e seca, mucosas hidratadas, pouco coradas.

Posicionado o doente em decúbito dorsal. Devido à suspeita de lesão da coluna manteve-se o decúbito dorsal, apenas com inclinação do plano da cama. Massajadas partes do corpo, para alívio de pressão e otimização do conforto.

Monitorização de risco de úlcera de pressão (escala de Braden): 8 – Alto Risco

Autocuidado alimentar-se: dependente

Otimizar SNG Alimentar a pessoa através de SNG Gerir dieta Monitorizar conteúdo gástrico Monitorizar glicémia capilar Elevar plano da cama 30º

SNG n.º 16, com alimentação entérica Nutrison standart ® em curso a 63ml/h (1500ml/dia). Tolerar alimentação sem estase gástrica. Glicémia capilar: 148mg/dl. Inclinar plano da cama cerca de 30º por impossibilidade de elevar cabeceira devido a suspeita de lesão na coluna.

Dor
<ul style="list-style-type: none">Vigiar a dorMonitorizar a dor através da Behavioral Pain Scale (BPS)Gerir regime medicamentosoAplicar estratégias não farmacológicas de alívio de dor

No início do turno, foi monitorizada a dor do Sr. W.V. em repouso, através da BPS, com um valor de 3 (ausência de dor).

Além dispositivos invasivos que habitualmente os doentes em UCI têm e que são potenciais focos de dor, como o CVC, a LA ou o TOT e os fatores extrínsecos como a imobilidade prolongada no leito, este doente tem uma fratura do fémur com um fixador externo e as feridas cirúrgicas (fasciotomias nas coxas) pelo que deveria estar particularmente atenta à monitorização da dor.

Houve necessidade de realizar os pensos às feridas cirúrgicas. Como se previa ser um procedimento potencialmente doloroso, foi discutida com a Enfermeira a necessidade de reforçar a medicação analgésica antes do procedimento, baseando-me assim nas *Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit* (Barr, et al., 2013) em que é sugerida a administração de terapêutica analgésica e/ou intervenções não farmacológicas antes de um procedimento invasivo ou potencialmente doloroso, nos adultos em UCI, como forma de aliviar a dor. Nesse sentido, foi administrado um bólus de alfentanil, após validação com o médico.

Segundo a recomendação Plano Nacional de Avaliação da Dor, a dor deve ser monitorizada durante os procedimentos dolorosos, imediatamente e 15 minutos após um procedimento doloroso (Pinho, Carneiro, & Alves, 2012). A monitorização da dor nesses momentos pode ser observada no quadro seguinte.

	Durante procedimento doloroso	Imediatamente após procedimento doloroso	15 minutos após procedimento doloroso
Expressão facial	Esgar facial – 4	Completamente contraída – 3	Relaxada – 1
Movimento membros superiores	Fletidos com flexão dos dedos – 3	Parcialmente fletidos – 2	Sem movimento – 1
Adaptação à ventilação	Tosse mas tolera ventilação – 2	Tolera ventilação – 1	Tolera ventilação – 1
BPS	9	6	3
Intervenção interdependente: gestão de regime medicamentoso	Aumentada perfusão alfentanil para 6,8 ml/h	Aumentada perfusão de alfentanil para 7,5 ml/h	-

Quadro 4: Avaliação da Dor no Sr. W.V. (realização de pensos cirúrgicos)

Durante a realização do procedimento doloroso foram ainda realizadas intervenções não farmacológicas de alívio da dor e otimização do conforto, como a explicação do procedimento, colocação do doente num posicionamento adequado, a informação de como estava a decorrer o procedimento ou o toque como forma de veicular o conforto.

Ferida cirúrgica coxa esquerda e coxa direita	<p>Vigiar penso da ferida</p> <p>Executar tratamento à ferida cirúrgica</p> <p>Vigiar ferida cirúrgica</p> <p>Palpar pulsos pediosos e tibiais</p> <p>Vigiar perfusão tecidual periférica</p>
Edema membros inferiores	<p>Vigiar edema</p> <p>Monitorizar perímetro da perna</p> <p>Elevar membros inferiores</p>

Pensos repassados com exsudado sero-hemático. Executado penso às feridas cirúrgicas com gaze gorda e clorhexidina (prescrição da cirurgia plástica). Ferida com tecido muscular rosado, bem perfundido, exsudado sero-hemático em quantidade reduzida.

Membros quentes e rosados, com sinais de boa perfusão tecidular. Pulsos distais pediosos e tibiais palpáveis, pulso forte. Tempo de preenchimento capilar inferior a 2 segundos.

Mantém presença de edemas nos membros inferiores, feita elevação dos mesmos. Perímetro da perna direita e esquerda (sobre os gêmeos) – 41 cm.

Eliminação comprometida
Vigiar urina e fezes Monitorizar urina e fezes Otimizar dispositivo urinário e coletor de fezes

Urina clara, sem sedimento, com débito urinário aproximadamente 100ml/h.

Fezes líquidas, acastanhadas, com saída de 500ml durante o turno.

Conhecimento da família diminuído sobre a situação clínica do Sr. W.V.
Explicar sobre a situação clínica do Sr.W.V. Informar sobre procedimentos Estar presente para a família Vigiar sinais de angústia

A família do Sr. W.V. demonstrou-se angustiada face à situação de doença do seu familiar. Foi demonstrada disponibilidade para esclarecer todas as dúvidas manifestadas pela família e fornecida informação acerca dos procedimentos realizados. No final do turno a família manifestou-se mais calma, com melhoria dos conhecimentos acerca da situação clínica.

2.3 – Evolução do Caso do Sr. W.V.

No dia 30 de Novembro o Sr. W.V. mantinha-se sedado sob perfusão de propofol e midazolam, com abertura dos olhos à estimulação verbal mas não mantém os olhos abertos – RASS -2. Pupilas isocóricas e isorreativas à luz.

Analgesiado sob alfentanil, sem evidência de sinais de dor em repouso, mas com necessidade de bólus de analgesia antes da realização dos procedimentos dolorosos (pensos a feridas cirúrgicas).

Mantém-se ventilado através de TOT, na modalidade de Pressão Assistida com pressão de suporte de 8 cmH₂O, PEEP 4 cmH₂O e FiO₂ de 40%. Bem adaptado à ventilação com Vt. de aproximadamente 450-500 ml. SpO₂ de 99-100%. FR - 13 cpm. Secreções mucopurulentas em moderada quantidade, espessas. Por presença de *Serratia Marcescens* no lavado bronco-alveolar realizado a 22/11, iniciou a 27/11 antibioterapia dirigida com piperacilina-tazobactan e gentamicina.

Mantém dependência no autocuidado higiene e mobilidade comprometida, tendo já realizado TAC, sem evidência de lesão na coluna. Mantém alimentação por SNG (nutrison standart®) a 63 ml/h, que tolera. Glicémias dentro dos parâmetros normais.

Feridas cirúrgicas das coxas sob terapia de vácuo, iniciada a 27/11 por indicação da cirurgia plástica. Feridas com boa evolução cicatricial, músculos rosados e bem perfundidos. Mantém pulsos pediosos e tibiais palpáveis, extremidades bem perfundidas, com tempo de preenchimento capilar inferior a 2 segundos. Aguarda ida ao Bloco Operatório para encerramento cirúrgico das fasciotomias.

Mantém dispositivo urinário funcionante com saída de urina clara sem sedimento; dispositivo coletor de fezes funcionante, com saída de fezes líquidas acastanhadas.

A família do Sr. W.V. mantém visitas diárias e demonstra aumento de conhecimentos relativos à situação clínica do familiar.

3 – ANÁLISE DO CASO COM BASE NA TEORIA DE CONFORTO DE KOLCABA

Ao analisar o caso com base na Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba, podem ser identificadas as intervenções realizadas, com vista a satisfazer as suas necessidades de conforto.

Para Kolcaba (2003) o conforto é definido como a experiência imediata de ser fortalecido, mediante a satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência nos contextos físico, psico-espiritual, ambiental e sociocultural. É um estado holístico e complexo em que o alívio representa a experiência de uma pessoa a quem foi satisfeita uma necessidade de conforto específica; a tranquilidade traduz um estado de calma, sossego ou satisfação e a transcendência reflete a situação na qual é possível superar problemas (Kolcaba, 1994).

O conforto diz respeito à satisfação de necessidades nos quatro contextos que se encontram intimamente relacionados e é um resultado desejável da prática de enfermagem (Kolcaba, 1994).

A teoria do conforto de Kolcaba tem como pressupostos que as pessoas têm respostas holísticas a estímulos complexos; o conforto é um resultado holístico desejável, sensível aos cuidados de enfermagem, transversal a vários níveis e contextos e as pessoas procuram satisfazer ou que lhes sejam satisfeitas as suas necessidades de conforto (Kolcaba, 1994).

Os enfermeiros podem implementar intervenções que contribuem para o conforto, minimizando ou eliminando os obstáculos que não permitem atingir esse resultado holístico desejável. Assim, os cuidados de enfermagem são planeados com vista a satisfazer ou manter satisfeitas as necessidades de conforto nos seus vários domínios.

Nos cuidados prestados Sr. W.V., foram feitas intervenções no sentido de satisfazer ou manter satisfeitas as necessidade de conforto físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental.

A dor pode-se constituir como o maior obstáculo à satisfação da necessidade de conforto físico (Wilson & Kolcaba, 2004). O alívio da dor no Sr. W.V. foi possível através da sua correta monitorização recorrendo à BPS, da gestão do regime medicamentoso ao ajustarem-se os ritmos de perfusão de analgesia de acordo com a monitorização da dor e após validação com a equipa médica e da implementação de medidas não farmacológicas de alívio da dor como massagem do corpo e posicionamento adequado.

A necessidade de conforto físico foi ainda mantida satisfeita através da execução dos cuidados de higiene no leito, diariamente e do posicionamento adequado.

A manutenção da homeostasia, cujo desequilíbrio também pode interferir na satisfação do conforto físico, foi permitida através de intervenções de vigilância, monitorização e gestão do regime medicamentoso, dirigidas a manter as respostas fisiológicas adequadas nas funções de ventilação, circulação, nutrição ou metabólicas.

Uma das grandes barreiras ao conforto psicoespiritual pode ser a ansiedade. A confusão, falta de informação ou medo também se podem constituir como obstáculos à satisfação da necessidade de conforto neste contexto (Wilson & Kolcaba, 2004).

Devido ao estado de sedação, o Sr. W.V. não foram encontrados indícios de que a necessidade de conforto neste contexto se encontrasse alterada, no entanto, na prestação de cuidados a este doente foram realizadas intervenções que visam manter esta necessidade satisfeita, de modo a potenciar o conforto holístico. A gestão do regime medicamento através da administração de sedativos em perfusão, a monitorização da escala de sedação/agitação (RASS) são intervenções que mantêm o doente sob um estado de sedação necessário à resolução da sua situação clínica e que permitem evitar a ansiedade, angústia e agitação. Ao cuidar do Sr. W.V existiu ainda a preocupação de, apesar de se encontrar sob o efeito de sedação, comunicar oralmente com ele no sentido de prestar informações acerca de qualquer intervenção realizada e comunicar através do toque, intervenções que permitem potenciar a confiança do doente na equipa de saúde e colmatar possíveis sentimentos de medo ou confusão.

De forma a manter satisfeita a necessidade de conforto sociocultural foi permitido à família do Sr. W.V. uma maior tolerância relativamente à duração e ao número de

visitas, permitindo-se dois familiares ao mesmo tempo (ao invés de uma visita de cada vez, conforme as normas da UCI). Estas intervenções foram realizadas tendo em consideração de que o isolamento da família pode revelar-se uma barreira à satisfação do conforto neste contexto (Wilson & Kolcaba, 2004). Os familiares foram ainda incentivados a conversar com o Sr.W.V. e a utilizar o toque como forma de comunicação.

Por fim, a satisfação da necessidade de conforto ambiental pode ser influenciada pelo ruído, luzes ou falta de privacidade (Wilson & Kolcaba, 2004). Assim, foram realizadas intervenções no sentido de gerir adequadamente o ambiente através da redução das luzes que se encontram por cima do leito do doente, redução do ruído da unidade, utilização de cortinas para manter a privacidade e controlo da temperatura através da utilização de roupa de cama quando necessário.

Desta forma, as intervenções implementadas influenciam o conforto nos seus quatro contextos, que se também se influenciam mutuamente, o que contribui para a satisfação da necessidade de conforto de forma holística.

4 – ANÁLISE DO CASO COM BASE NO QUADRO CONCEPTUAL DE PATRICIA BENNER

A prática de enfermagem em cuidados críticos é intelectualmente e emocionalmente desafiadora, exigindo julgamentos e respostas rápidas a condições que podem ameaçar a vida e onde a margem para erros é mínima (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011). A prestação de cuidados de enfermagem especializados pressupõe o desenvolvimento de competências ao longo de cinco níveis que colmatam no nível de perito (Benner, 2001).

A exigência dos cuidados de enfermagem a doentes críticos requer um elevado nível de vigilância e monitorização constante, de modo a detetar e a prevenir alterações que possam causar instabilidade no estado do doente, a determinar as respostas às medidas terapêuticas instituídas e a atuar, atempadamente, em caso de emergência (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011).

Através da monitorização os enfermeiros são frequentemente os primeiros a detetar alterações no estado de saúde da pessoa em situação crítica. Relativamente à função de diagnóstico e vigilância do doente, Benner (2001) afirma que o enfermeiro deve desenvolver competências, que lhe permitam detetar e determinar mudanças significativas no estado do doente, detetar sinais de alarme precoces ou antecipar os problemas. Estas competências adquirem especial importância no ambiente de cuidados ao doente crítico, em que alterações fisiológicas podem ocorrer súbita e rapidamente. No caso apresentado as competências de diagnóstico e vigilância foram desenvolvidas através da observação e do recurso a métodos invasivos e não invasivos de monitorização que permitem identificar alterações que possam ocorrer no estado de saúde do Sr. W.V.

São também competências do enfermeiro a administração e vigilância dos protocolos terapêuticos. O enfermeiro perito deve demonstrar conhecimentos que lhes permitam administrar os diversos medicamentos, avaliar a sua compatibilidade, efeitos secundários, reações aos tratamentos e a necessidade de suspender determinada terapêutica farmacológica sempre que surja uma complicação (Benner, 2001). Esta

função adquire especial importância num ambiente de cuidados críticos em que os doentes estão sujeitos à administração de um grande número de tratamentos farmacológicos e protocolos terapêuticos, em que o enfermeiro deve reconhecer os seus efeitos e reações adversas de modo a prestar cuidados com segurança.

Ainda dentro da função de administração e vigilância e protocolos terapêuticos, é competência do enfermeiro perito “criar uma estratégia de tratamento da ferida que facilite a recuperação, o conforto e uma drenagem apropriada” (Benner, 2001, p. 148). Apesar do tratamento a realizar à ferida ser, neste caso, prescrição médica, é competência do enfermeiro avaliar o tipo de ferida e de conteúdo drenado, determinar a frequência da necessidade de realizar o penso e detetar precocemente alguma alteração que possa surgir no processo de cicatrização.

Segundo Benner (2001), a enfermeira perita deve demonstrar competência no combate aos efeitos da imobilidade, com vários objetivos, entre os quais manter a pele sã e íntegra e otimizar a ventilação. Cuidar da pele do doente e prevenir úlceras de pressão, é uma atividade central da prática de enfermagem (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011). Na prestação de cuidados ao Sr. W.V. foi possível desenvolver esta competência através de intervenções como: execução dos cuidados de higiene, vigilância da pele e mucosas, monitorização do risco de úlcera ou posicionamento frequente do doente.

Inseridas na função de ajuda, são competências da enfermeira perita “interpretar os diferentes tipos de dor e escolher as estratégias adequadas para as controlar e gerir” (Benner, 2001, p. 87).

Na prática de cuidados, a dor nos doentes pode ser causada por procedimentos médicos ou de enfermagem, necessários para diagnóstico ou tratamento. Os conhecimentos e competências relacionadas com o conforto, devem ser integrados no cuidado altamente tecnológico dos cuidados intensivos, que é frequentemente invasivo e causador de dor (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011)

Os enfermeiros devem desenvolver assim formas de controlar adequadamente a dor dos doentes, mesmo que essa dor seja causada por cuidados de enfermagem. No caso apresentado, a realização dos pensos ao Sr. W.V. revelava-se como um procedimento potencialmente doloroso. Nesse sentido, a dor foi controlada através da

adequada monitorização, administração de analgesia e implementação de medidas não farmacológicas. Benner, Kyriakidis, & Stannard (2011) salientam que o efeito da terapêutica analgésica e ansiolítica é potenciado pela presença da enfermeira e por medidas de conforto aplicadas concomitantemente com a medicação.

Ainda relativamente à função de ajuda, o enfermeiro deve apoiar e otimizar o papel positivo dos membros da família, tendo em consideração as suas necessidades e fornecendo as informações necessárias, proporcionando-lhes um apoio efetivo (Benner, 2001). No cuidado ao Sr. W.V. foi permitido à família um horário alargado de visitas, uma vez que isso demonstrava ser benéfico tanto para a família como para o doente. Foram ainda esclarecidas todas as dúvidas que os familiares apresentaram, fornecidas as informações relevantes e demonstrada disponibilidade por parte da equipa, o que resultou num aumento dos conhecimentos da família relativamente à situação e numa diminuição dos níveis de angústia.

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo de caso dotou-se de uma excelente oportunidade para o desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à pessoa em situação crítica.

Através da análise aprofundada da situação do Sr. W.V. foi possível organizar e sistematizar os cuidados, respeitando o processo de enfermagem, através da avaliação, planeamento e execução das intervenções delineadas.

Durante a prestação de cuidados a este doente foram mobilizados conhecimentos científicos e habilidades, de forma a responder adequada e atempadamente às situações complexas com que me deparei.

Analisando a minha prática centrada no projeto de estágio em desenvolvimento, a prestação de cuidados ao Sr. W.V. e a realização deste estudo de caso, permitiram o desenvolvimento de competências na área de avaliação e controlo da dor na pessoa em situação crítica, através da correta monitorização com recurso à escala adequada e da implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor.

Ao realizar a análise do caso de acordo com a Teoria do Conforto, foi possível compreender que, mesmo num ambiente altamente tecnológico como são as unidades de cuidados intensivos, todas as intervenções realizadas podem contribuir para a satisfação da necessidade de conforto nos seus vários contextos, sendo este um resultado esperado da prática de enfermagem. Perspetivar o caso de acordo com o quadro conceptual de Patricia Benner foi útil na identificação das competências desenvolvidas, inseridas nos domínios das várias funções descritas no seu trabalho.

BIBLIOGRAFIA

American College of Surgeons. (2008). *Advanced Trauma Life Support* (8ª edição ed.). Chicago: American College of Surgeons.

Barr, J., Fraser, G., Puntillo, K., Ely, W., Gélinas, C., Dasta, J., et al. (2013, jan). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical care medicine* , 41 (1), pp. 263-306.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute ad critical care: a thinking in action approach*. New York: Springer Publishing Company.

Black, J., & Matassarín-Jacob, E. (1996). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: uma abordagem psicofisiológica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Fortin, M.-F. (2009). *O Processo de Investigação*. Loures: Lusociência.

James, C. (2001). Traumatismo Ortopédico e Neurovascular. In S. Sheehy, *Enfermagem de Urgência: Da Teoria à Prática* (pp. 353-387). Loures: Lusociência.

Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *J Adv Nurs* , 19, pp. 1178-1184.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.

Phipps, W., Sands, J., & Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: conceitos e prática clínica*. Camarate: Lusociência.

Pinho, J. A., Carneiro, H., & Alves, F. (2012). *Plano Nacional de Avaliação da Dor - Resultados*. Retrieved Março 08, 2013, from http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PNAvaliacao_dor.pdf

Revere, C. (2001). Mecanismos de lesão. In S. Sheehy, *Enfermagem de Urgência: Da Teoria à Prática* (pp. 267-282). Loures: Lusociência.

Society of Critical Care Medicine. (2008). *Suporte Básico em Cuidados Intensivos*. São Paulo: Editora Médica AWWWE.


Swearingen, P. L., & Keen, J. H. (2001). *Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos*. Loures: Lusociência.

Wilson, L., & Kolcaba, K. (2004, jun). Pratical Application of Comfort Theory in the Perianesthesia Setting. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* , 3, pp. 164-173.

APÊNDICE II

Sessão de Formação – Avaliação e Controlo da Dor no Doente Crítico

(Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios)



3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM


ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

AVALIAÇÃO E CONTROLO DA DOR NO DOENTE CRÍTICO

Ana Filipa Nunes

Orientadora: Professora Mestre Anabela Mendes
Tutora: Enfermeira C.A.


19 de dezembro de 2013



Avaliação e Controlo da Dor no Doente Crítico

SUMÁRIO

- Objetivos
- Definição de dor
- A Dor como 5º Sinal Vital
- Dor em Unidade de Cuidados Intensivos
- Avaliação da dor: instrumentos de auto e hetero avaliação
- Considerações finais



Avaliação e Controlo da Dor no Doente Crítico


OBJETIVOS

Finalidade

Avaliar corretamente a dor no doente crítico

Objetivos específicos

- Reconhecer a importância de avaliar corretamente a dor
- Conhecer os diferentes instrumentos de avaliação de dor
- Aplicar corretamente os instrumentos de avaliação de dor




Avaliação e Controlo da Dor no Doente Crítico

DOR ...

"...experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão real ou potencial nos tecidos..."

International Association for the Study of Pain, 1990



"...experiência subjetiva e multidimensional. Fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais intervêm e contribuem para a sua subjetividade"

(Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 11)

DOR: 5º SINAL VITAL

Avaliação e Controlo da Dor no Doente Crítico

Direcção-Geral da Saúde

Circular Normativa

Assunto: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor

Nº 38/DCGS
Data: 14/06/2003

I – NORMA

Atendendo a que:

- a) A Dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde.
- b) O controlo eficaz da Dor é um **dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes** que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde.
- c) Existem, actualmente, diversas técnicas que permitem, na grande maioria dos casos, um controlo eficaz da Dor.
- d) Para além das Unidades já existentes, estão a criar-se novas Unidades de Tratamento da Dor, ao abrigo do consignado no Plano Nacional de Luta Contra a Dor.
- e) O sucesso da estratégia terapêutica analgésica planeada depende da monitorização da Dor em todas as suas variantes.
- f) A avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente.

Ana Filipa Nunes - 19 de dezembro de 2013

DOR EM UCI

Avaliação e Controlo da Dor no Doente Crítico

É um sintoma comum.

(Bunttilo, 2009)

Doentes críticos experienciam níveis significativos de dor em UCI.

(Li, Putillo & Miaoowski, 2008)

Uma das experiências mais stressantes sentidas em UCI.

(Correia, Lopes, Moreira, Dias, Costa-Pereira & Carneiro, 2005)

Subvalorizada e inadequadamente tratada.

(Alderson & Macedonia, 2013)

Ana Filipa Nunes - 19 de dezembro de 2013

DOR EM UCI

Avaliação e Controlo da Dor no Doente Crítico

- Doentes sedados podem sentir dor.
(Alderson & Macedonia, 2013)
- A agitação dos doente críticos pode ser causada por dor.
(Barr et al, 2013)
- Avaliação da dor torna-se um desafio complexo devido à incapacidade dos doentes comunicarem eficazmente.
(Ahlers et al, 2009)

Ana Filipa Nunes - 19 de dezembro de 2013

DOR EM UCI

Avaliação e Controlo da Dor no Doente Crítico

Redução de complicações pulmonares.

(Waldner & Tramer, 2004)

Facilita procedimentos de diagnóstico e tratamento.

(Waldner & Tramer, 2004)

CONTROLO EFICAZ

Aumento do conforto dos doentes.

(Payen et al, 2001; Waldner & Tramer, 2007)

Maior tolerância à ventilação mecânica, ao tubo orotraqueal e aspiração de secreções.

(Thorpe & James, 2010)

Diminuição de tempos de ventilação.

(Thorpe & James, 2010)

Ana Filipa Nunes - 19 de dezembro de 2013

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Avaliação e Controlo da Dor no Doente Crítico

PAPEL DO ENFERMEIRO

Os enfermeiros, como profissionais de saúde que se encontram mais próximos e que dispõem de maior de tempo de contacto com os doentes, são aqueles que se encontram numa posição privilegiada para intervir ativamente na adequada avaliação e controlo da dor.

Detêm responsabilidade na administração da analgesia prescrita, na avaliação da sua necessidade e na implementação de medidas não farmacológicas de alívio da dor e na monitorização da resposta às intervenções realizadas.

Ana Filipa Nunes - 19 de dezembro de 2013

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Avaliação e Controlo da Dor no Doente Crítico

AVALIAÇÃO DA DOR

A avaliação da dor pressupõe a utilização de instrumentos validados, a adequada intervenção e a formulação de registos que permitam a continuidade de cuidados.

- ▶ A dor deve ser monitorizada em **todos** os doentes
- ▶ Deve ser realizada **uma vez por turno e sempre que se justifique** (ex: durante a realização de um procedimento doloroso)
- ▶ Deve ser reavaliada **após instituição de medida terapêutica**
- ▶ Privilegiar a **auto-avaliação**, no doente consciente e com funções cognitivas mantidas
- ▶ Deve ser usado preferencialmente o mesmo instrumento de avaliação para o mesmo doente (exceto se a situação clínica se modificar)
- ▶ Efetuar o **registo** no local correspondente da folha de registos, com indicação da escala utilizada

Norma N.º 2 - Avaliação e Registo da Dor no Adulto (Centro Hospitalar, 2013)
Plano Nacional da Avaliação da Dor (GAD, SPC)

Ana Filipa Nunes - 19 de dezembro de 2013

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Avaliação e Controlo da Dor no Doente Crítico

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA DOR

Doente consciente (capaz de auto-avaliar a dor)	<ul style="list-style-type: none"> Escala Numérica (EN) Escala Qualitativa (EQ)
Doente com alterações do estado de consciência	<ul style="list-style-type: none"> Escala do Observador (EO)
Doente sedado e ventilado	<ul style="list-style-type: none"> Behavioral Pain Scale (BPS)

Ana Filipa Nunes - 19 de dezembro de 2013

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Avaliação e Controlo da Dor no Doente Crítico

AUTO-AVALIAÇÃO DA DOR


Escala Numérica (EN)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
SEM DOR											DOR MÁXIMA

▶ O doente deve fazer a equivalência entre a intensidade da sua dor e a classificação numérica, sendo que 0 corresponde a "sem dor" e 10 à "dor máxima imaginável"

(DGS, 2003)

Ana Filipa Nunes - 19 de dezembro de 2013



Avaliação e Controlo da Dor no Doente Crítico

AUTO-AVALIAÇÃO DA DOR


SEM DOR	DOR LIGEIRA	DOR MODERADA	DOR INTENSA	DOR MÁXIMA
---------	-------------	--------------	-------------	------------

Escala Qualitativa (EQ)

➤ Deve-se solicitar que o doente classifique a intensidade da dor, utilizando os adjetivos que a caracterize.

(PQS, 2003)

Ana Filipa Nunes - 19 de dezembro de 2013



Avaliação e Controlo da Dor no Doente Crítico

HETERO-AVALIAÇÃO DA DOR

Escala do Observador (EO)

PARECE SEM DOR	PARECE CONFORTÁVEL COM O MOVIMENTO	PARECE DESCONFORTÁVEL	PARECE SOFREDOR CONSOLÁVEL	PARECE SOFREDOR INCONSOLÁVEL
A	B	C	D	E

➤ Indicada para doentes com alteração do estado de consciência ou défices cognitivos.

(Centro Hospitalar, 2013)

Ana Filipa Nunes - 19 de dezembro de 2013



Avaliação e Controlo da Dor no Doente Crítico

HETERO-AVALIAÇÃO DA DOR

Behavioral Pain Scale (BPS)

▶ Doentes sedados e ventilados

▶ Pontuação mínima – 3 (sem dor)


▶ Pontuação máxima – 12 (dor máxima)

▶ Valores superiores a 4 implica ajuste terapêutico

Item	Descrição	Score
Expressão Facial	Relaxada	1
	Parcialmente contraída (sobrancelhas arqueadas)	2
	Completamente contraída (pálpebras cerradas)	3
Membros Superiores	Careta (esgar facial)	4
	Sem movimento	1
	Parcialmente fletidos	2
	Muito fletidos com flexão dos dedos	3
Adaptação Ventilatória	Retraído, resistência aos cuidados	4
	Tolera a ventilação	1
	Tosse, mas tolera a ventilação a maior parte do tempo	2
	Luta contra o ventilador mas a ventilação ainda é possível algumas vezes	3
	Incapaz de controlar a ventilação	4

(Adaptado de Batalho, Figueiredo, Marques e Bizarro, 2013)

Ana Filipa Nunes - 17 de dezembro de 2013



Avaliação e Controlo da Dor no Doente Crítico

HETERO-AVALIAÇÃO DA DOR - BPS

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Auto-avaliação
- Ventilação espontânea
- Lesões vertebromedulares
- Bloqueadores neuromusculares
- Polineuropatia
- Morte Cerebral

Ana Filipa Nunes - 19 de dezembro de 2013

Avaliação e Controlo da Dor no Doente Crítico

AVALIAÇÃO DA DOR

Item	Descrição	Score
Expressão Facial	Relaxada	1
	Parcialmente contraída (sobrancelhas arqueadas)	2
	Completamente contraída (pálpebras cerradas)	3
	Careta (esgar facial)	4
Membros Superiores	Sem movimento	1
	Parcialmente fletidos	2
	Muito fletidos com flexão dos dedos	3
	Retraído, resistência aos cuidados	4
Adaptação Ventilatória	Tolera a ventilação	1
	Tosse, mas tolera a ventilação a maior parte do tempo	2
	Luta contra o ventilador mas a ventilação ainda é possível algumas vezes	3
	Incapaz de controlar a ventilação	4

Score:
12

Ano Filipa Nunes - 19 de dezembro de 2013

Avaliação e Controlo da Dor no Doente Crítico

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Os doentes internados em UCI sentem frequentemente dor, quer pela situação patológica, quer pelos procedimentos a que são submetidos.
- Avaliar e controlar eficazmente a dor são um dever dos profissionais de saúde e um direito de todos as pessoas que necessitam de cuidados de saúde, com benefícios que se traduzem em ganhos em saúde.
- Dado o seu caráter multifatorial e subjetivo, avaliar e controlar adequadamente a dor constitui-se como um desafio para os enfermeiros, essencialmente nos doentes em situação crítica que se encontram frequentemente incapazes de comunicar.
- Os profissionais de saúde devem ser consciencializados e capacitados para intervir ativamente no controlo da dor .

Ano Filipa Nunes - 19 de dezembro de 2013

Avaliação e Controlo da Dor no Doente Crítico

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

Ahrens, S., van Gullik, L., van der Veen, A., van Dongen, H., Bruins, P., Beltzer, S., et al. (Fevereiro de 2008). Comparison of different pain scoring systems in critically ill patients in a general ICU. *Critical Care* , 12 (1), pp. 81-822.

Alderson, S., & McKeivie, S. (Março de 2013). Unrecognised, undertreated, pain in ICU: Causes, effects, and how to do better. *Open Journal of Nursing* , 3, pp. 108-113.

Bonetto, L., Figueiredo, A., Marques, M., & Bizarro, V. (Mar de 2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale - Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência* , III (9), pp. 7-16.

Barr, J., Fraser, G., Puntillo, K., Ely, W., Gelman, C., Donato, J., et al. (2013, jan). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical care medicine* , 41 (1), pp. 263-306.

DGS. (2008). Circular Normativa N.º 11/DSCS/DPCP. Programa Nacional de Controlo da Dor.

DGS. (2003). Circular Normativa N.º 09/CCG - A Dor como 5º sinal vital. Registo intensivo da intensidade da dor.

Granger, C., Lopez, A., Merello, S., Diaz, C., Costa-Pereira, A., & Carneiro, A. (Abril de 2005). Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. *Critical Care* , 9 (2), pp. R96-R109.

International Association for the Study of Pain. (1994). *IASP Taxonomy*. Obtido em 10 de Março de 2003, de <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralReferences/PainDefinitions/default.htm#Pain>.

Li, D., Puntillo, K., & Miskowski, C. (Janeiro de 2008). A review of objective pain measures for use with critical care adult patients unable to self-report. *The journal of pain: official journal of the American Pain Society* , 9 (1), pp. 2-10.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia orientador de uma boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Poyen, J.-F., Bro, O., Bossan, J.-L., Lagrasta, A., Novel, E., Deschaux, I., et al. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Medicine* , 29 (12), pp. 2258-63.

Puntillo, K., Pasero, C., Li, D., Mularsky, R., Grap, M. J., Entad, B., et al. (2009, Abril). Evaluation of pain in ICU patients. *Chest* , 135 (4), pp. 1069-1073.

Thorp, J., & James, S. (2010). Controlo da dor em Unidades de Cuidados Intensivos. In *IASP, Guia para o tratamento de Dor em contexto de poucos recursos* (pp. 306-316). Seattle: IASP Press.

Volz, B., & Tramér, M. (2004). Analgesia and sedation in critically ill patients. *Swiss Medical Weekly* , 134, pp. 333-346.

Ano Filipa Nunes - 19 de dezembro de 2013

APÊNDICE III

*Sessão de Formação – Avaliação e Controlo da Dor
(Serviço de Urgência)*

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

AVALIAÇÃO E CONTROLO DA DOR NO DOENTE CRÍTICO

Ana Filipa Nunes

Orientadora: Professora Anabela Mendes
Tutora: Enfermeira A. M.


Fevereiro de 2014

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

DOR ...

Avaliação e Controlo da Dor no Doente Crítico

“...experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão real ou potencial nos tecidos...”
(International Association for the Study of Pain, 1994)



“...experiência subjetiva e multidimensional. Fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais intervêm e contribuem para a sua subjetividade”
(Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 11)

Um dos grandes motivos de ida ao Serviço de Urgência...

Ana Filipa Nunes – Fevereiro de 2014

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

DOR: 5º SINAL VITAL

Avaliação e Controlo da Dor no Doente Crítico

Ministério da Saúde
Direcção-Geral da Saúde
Circular Normativa
Assunto: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor
Nº 09/DCGS
Data: 14/06/2003

I – NORMA

Atendendo a que:

- A Dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde.
- O controlo eficaz da Dor é um **dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes** que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde.
- Existem, actualmente, diversas técnicas que permitem, na grande maioria dos casos, um controlo eficaz da Dor.
- Para além das Unidades já existentes, estão a criar-se novas Unidades de Tratamento da Dor, ao abrigo do consignado no *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*.
- O sucesso da estratégia terapêutica analgésica planeada depende da monitorização da Dor em todas as suas vertentes.
- A avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente.

Ana Filipa Nunes – Fevereiro de 2014

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

CONTROLO DA DOR EM SU

Avaliação e Controlo da Dor no Doente Crítico

Intervenções Interdependentes
✓ Administração de analgesia

Escada da Dor (OMS)

Degrau 1
Dor leve
Não opióides

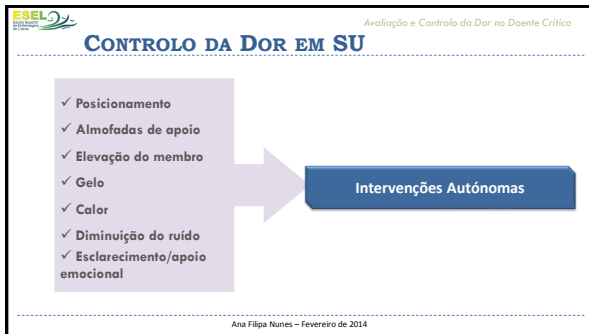
Degrau 2
Dor moderada
Opióides fracos

Degrau 3
Dor intensa
Opióides fortes

+/- Não opióides

Adaptado de Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (2007)

Ana Filipa Nunes – Fevereiro de 2014



ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Avaliação e Controlo da Dor no Doente Crítico

BIBLIOGRAFIA

Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral – Núcleo de Cuidados Paliativos (2007). Recomendações para o tratamento farmacológico da dor. *Rev Port Clin Geral*, 23, pp. 457-64

DGS. (2003). Circular Normativa N.º 109 CGCG - A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor.

DGS. (2008). Circular Normativa N.º 11/DSCS/DPCP: Programa Nacional de Controlo da Dor.

International Association for the Study of Pain. (1994). IASP Taxonomy. Obtido em 10 de Março de 2003, de <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.html#Pain>

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia orientador de uma boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Torres, M., & Reis, M. (Março de 2002). Reflexão sobre a importância dos registos de enfermagem. *Sinais Vitais*, 41, pp. 57-59.

Ana Filipa Nunes – Fevereiro de 2014

APÊNDICE IV

*Justificação da implementação de um protocolo de analgesia
para as pessoas vítimas de trauma, no Serviço de Urgência*

)

Implementação de um protocolo de analgesia para as pessoas vítimas de trauma, no Serviço de Urgência Central do Hospital X

A dor é um sintoma presente em várias situações que motivam o recurso ao Serviço de Urgência (SU) de um hospital central, sendo que as vítimas de trauma constituem um grupo de pessoas, com lesões quase inequivocamente dolorosas. No SU do Hospital X verifica-se a existência de um grande período de tempo entre o momento que a pessoa vítima de trauma dá entrada no serviço e a instituição de analgesia, que se deve sobretudo ao facto da sua administração estar dependente da observação e prescrição médica.

Estudos realizados em vários hospitais, demonstram que a existência de um protocolo de analgesia, a ser implementado pelo enfermeiro no primeiro contacto com a pessoa vítima de trauma, pode melhorar a gestão da dor e, conseqüentemente, contribuir para a humanização e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

DOR: 5º SINAL VITAL

A Dor é um sintoma que acompanha a maioria das situações que requerem cuidados de saúde. É um sintoma subjetivo e multifatorial, definido como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão real ou potencial dos tecidos ou descrita em função dessa mesma lesão (International Association for the Study of Pain, 1994) em que “fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais intervêm e contribuem para a sua subjetividade” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 11).

A gestão adequada da dor tem sido alvo de uma crescente preocupação nos cuidados de saúde, sendo que, em 2003, a Direção Geral de Saúde (DGS) instituiu a dor como o 5º sinal vital, considerando que o seu controlo eficaz constitui “um dever dos

profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde” (DGS, 2003, p. 1).

Quando não controlada, a dor provoca sofrimento e interfere diretamente na qualidade de vida da pessoa. Além disso, tem consequências imediatas e a longo prazo, provocando alterações fisiopatológicas dos sistemas imunitário, endócrino e nervoso, que poderão contribuir para o aparecimento de co-morbilidades orgânicas e psicológicas (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Neste sentido, o controlo da dor das pessoas que recorrem aos cuidados de saúde, deve ser considerado como um objetivo prioritário para os profissionais, diminuindo potenciais complicações e promovendo a humanização e a qualidade dos cuidados prestados.

Cuidar da pessoa com dor exige tornar a dor verdadeiramente como o 5º sinal vital, avaliar e registar a sua intensidade, intervir adequada e atempadamente e reavaliar sistematicamente a resposta às intervenções, à semelhança do que é feito com os restantes sinais vitais.

DOR NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

No serviço de urgência a dor é um sintoma bastante frequente, podendo ser consequência de várias situações patológicas, como a dor causada por lesões traumáticas ou fraturas, dor abdominal, torácica ou cefaleias. Contudo, a gestão inadequada da dor aguda em urgência é um problema comum e mundialmente reconhecido (Kelly, Brumby, & Barnes, 2005).

Vários estudos revelam que a dor não é ainda suficientemente valorizada e adequadamente tratada em urgência, verificando-se frequentemente um grande atraso na implementação da analgesia, doentes que não recebem analgesia adequada ou a quem é dada alta com níveis significativos de dor (Todd, et al., 2007).

Na tentativa de justificar as falhas que existem na implementação de analgesia em SU, Sallum (2009) afirma ainda não é dada a devida importância às consequências nefastas que o processo algico provoca no organismo e que os profissionais tendem

a dirigir a sua atenção para as prioridades imediatas, que colocam diretamente em risco a vida da pessoa.

Outra das razões apontadas, para que a analgesia seja administrada tão tardiamente, é a falsa crença de que a sua administração e o controlo da dor possa camuflar o diagnóstico. No entanto, estudos realizados há vários anos, demonstram que a analgesia modifica os sinais físicos de dor, mas não afeta o diagnóstico (Zoltie & Cust, 1986). Perante este facto, e com os meios complementares de diagnóstico avançados de que um hospital dispõe, não se justifica que se mantenha a pessoa com dor até ao diagnóstico final.

Nas pessoas vítimas de trauma, a dor é uma das grandes consequências, que traz efeitos prejudiciais para o organismo, pelo que deve ser rapidamente controlada. Contudo, na realidade, verifica-se ainda uma lacuna no tratamento da dor neste grupo de doentes, o que requer uma intervenção ativa por parte da equipa de saúde.

No Serviço de Urgência do Hospital X as pessoas vítimas de trauma são sujeitas a uma primeira avaliação por parte do Enfermeiro no momento da triagem, na Sala de Tratamentos 1 e posteriormente encaminhados para serem observados pelo médico da especialidade. No processo de triagem é feita a avaliação da dor pelo Enfermeiro, no entanto, independentemente do nível de dor avaliado, a administração de analgesia apenas pode ser feita após a observação e prescrição médica.

Considerando o grande afluxo de população que recorre ao SU, que no primeiro semestre de 2013 registou uma média de 441 episódios diários (ALERT-ADW 3.5 e 4.1, 2009), o tempo que decorre entre a chegada da vítima de trauma ao serviço, até que lhe seja efetivamente administrada analgesia, pode ser bastante longo. Analisando o caso de um doente politraumatizado, com nível de dor 6 (avaliação pela escala numérica) no momento da triagem, verifica-se que o primeiro analgésico foi administrado cerca de 8 horas após a chegada ao SU. Este tempo de espera atrasa a implementação das medidas adequadas e contribui para o prolongar do sofrimento do doente, para o aumento do seu desconforto e para o aparecimento das consequências nefastas de uma dor não controlada.

Várias estratégias têm sido propostas para melhorar a gestão da dor nos doentes em SU, entre as quais se salienta a implementação de protocolos de analgesia, iniciados

pelo enfermeiro. Através de um protocolo de analgesia bem definido, é possível aos enfermeiros administrarem analgésicos no primeiro contacto com a pessoa vítima de trauma, ainda antes da avaliação pelo médico.

Estudos realizados em vários países, demonstram que a implementação deste tipo protocolo no serviço de urgência resulta em mudanças positivas, tanto na avaliação e no registo da dor como no seu controlo, diminuindo o tempo que decorre entre a chegada da pessoa ao serviço e a instituição de medidas analgésicas. Finn, Era, Gibson, Swift, Walthers e Jacobs (2012) realizaram um estudo no SU de um Hospital Australiano, que pretendia avaliar o efeito de um protocolo de analgesia iniciado pelo enfermeiro, em todos os doentes que recorriam ao serviço com queixas de dor. Com a realização do trabalho, observaram que, após a introdução deste tipo de protocolo, ocorreu uma diminuição do tempo médio de espera para administração de analgesia, de 98 para 28 minutos e concluíram que este método pode ser usado com eficácia e segurança.

Relativamente a doentes com dor associada a lesões músculo-esqueléticas, o trabalho de investigação realizado por Goh, Choo, Lee e Tham (2007) em Singapura, demonstrou que a média de intervalo de tempo até início de analgesia, quando administrada após a observação médica, era de 68,2 minutos. Contudo, se esta fosse administrada através de um protocolo, diminuía para 2,5 minutos. Corroborando com estes dados, um estudo realizado num hospital em Hong Kong, que pretendia avaliar o efeito de um protocolo de analgesia em doentes com lesões músculo-esqueléticas menor, comprovou que, após a sua implementação, a avaliação e registo da dor dos doentes aumentou de 19% para 81% e o tempo de início de analgesia diminuiu de 93 minutos para uma média de 9 minutos. Perante os dados obtidos, concluíram que a utilização de um protocolo de analgesia é segura e contribui para a gestão adequada da dor neste grupo de doentes (Wong, Chan, Rainer, & Ying, 2007).

Ainda reforçando estes resultados, o estudo desenvolvido por Fosnocht e Swanson (2007), em doentes com lesões músculo-esqueléticas que recorria ao Serviço de Urgência, demonstrou que, após a implementação de um protocolo, o número de pessoas que recebiam analgesia aumentou de 45% para 70% e o tempo médio para administração do primeiro analgésico, diminuiu de 76 para 40 minutos, evidenciando a sua influência positiva na gestão da dor.

Face à necessidade identificada no SU do Hospital X e à evidência científica já disponível, considera-se que a implementação de um protocolo de analgesia neste serviço, dirigido às pessoas vítimas de trauma, seria certamente uma mais-valia e um instrumento de trabalho que poderia contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

BIBLIOGRAFIA

ALERT–ADW 3.5 e 4.1 (2009) – [Aplicação Informática do Sistema ALERT]. Acessível no Centro Hospitalar – Hospital X.

DGS. (2003). Circular Normativa N.º09: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor.

Finn, J., Rae, A., Gibson, N., Swift, R., Waltters, T., & Jacobs, I. (2012). Reducing time to analgesia in the emergency department using a nurse-initiated pain protocol: A before-and-after study. *Contemporary Nurse* , 43 (1), pp. 29-37.

Fosnocht, D., & Swanson, E. (2007). Use of a triage pain protocol in the ED. *The American Journal of Emergency Medicine* , 25, pp. 791-793.

Goh, H., Choo, S., Lee, I., & Tham, K. (Jan de 2007). Emergency department triage nurse initiated pain management. *Hong Kong Journal of Emergency Medicine* , 14 (1), pp. 16-21.

Goodacre, S., & Roden, R. (1996). A proocol to improve analgesia use in the accident and emergency department. *J Accid Emerg Med* , 13, pp. 177-179.

Herr, K., Coyne, P., Manworren, R., McCaffery, M., Merkel, S., Pelosi-Kelly, J., et al. (Junho de 2006). Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing* , 7 (2), pp. 44-52.

International Association for the Study of Pain. (1994). *IASP Taxonomy*. Obtido em 10 de Março de 2013, de <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm#Pain>

Kelly, A.-M. (2000). A process approach to improving pain management in the emergency department: development and evaluation. *J Accid Emerg Med* , 17, pp. 185-187.

Kelly, A.-M., Brumby, C., & Barnes, C. (mai de 2005). Nurse-initiated, titrated intravenous opioid analgesia reduces time to analgesia for selected painful conditions. *CJEM* , 7 (3), pp. 149-154.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Sallum, A. M. (Jan-Mar de 2009). Analgesia em acidentados de transporte: indicadores para uma atuação segura na emergência. *Rev. Min. Enferm.* , 13 (1), pp. 107-114.

Todd, K., Ducharme, J., Choiniere, M., Crandall, C., Fosnocht, D., Homel, P., et al. (Jun de 2007). Pain in the Emergency Department: Results of the Pain and Emergency Medicine Initiative (PEMI) Multicenter Study. *The Journal of Pain* , 8 (6), pp. 460-466.

Wong, E., Chan, H., Rainer, T., & Ying, C. (2007). The effect of a triage pain management protocol for minor musculoskeletal injury patients in a Hong Kong emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal* , 10, pp. 64-72.

Zoltie, N., & Cust, M. (1986). Analgesia in the acute abdomen. *Annals of the Royal College of Surgeons of England* , 86.

APÊNDICE V

Apreciações do percurso de aquisição/desenvolvimento de competências

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A apreciação que faço após o término da 1ª etapa do meu percurso de aquisição / desenvolvimento de competências de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica é positivo.

O local de estágio escolhido() revelou-se como um local que me permitiu vivenciar situações enriquecedoras e onde foi possível adquirir e mobilizar conhecimentos e desenvolver competências para uma prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica ou falência orgânica e à sua família.

A orientação da Enf. () no local de estágio revelou-se um contributo importante no desenvolvimento deste percurso, assim como a orientação de Prof. Anabela Mendes.

Tive a preocupação de dar a conhecer à Enf. () e a alguns elementos da equipa o meu projeto de estágio o que permitiu orientar a aprendizagem no sentido de atingir os objetivos propostos.

Procurei vivenciar o maior número de experiências e prestar cuidados a pessoas cuja situação de doença eram menos familiares e que por isso constituía um desafio para mim. Para conseguir fundamentalmente a prática houve necessidade de recorrer a pesquisa bibliográfica e a consulta de protocolos / normas de atuação do serviço. Ao longo do estágio apreentei alguns momentos de reflexão e partilha de experiências e conhecimentos com a Enf. Orientadora e outros elementos da equipa. Tive ainda oportunidade de frequentar uma reunião com a C.C.I.H e os seus de ligação e um formação sobre técnicas de substituição renal, que contribuíram para o desenvolvimento de competências no cuidado à P.S.C. *

Data:

Tutor

Assinatura

5/12/13

Orientador

Estudante

Ana Filipa Nunes

Ana Filipa Nunes

* Relativamente à área de projeto em desenvolvimento tive especial preocupação em procurar experiências e prestar cuidados à P.S.C. a vivenciar processos de dor desenvolvendo competências na monitorização da dor através da utilização de instrumentos adequados, na gestão da dor através de medidas farmacológicas e da implementação de medidas não farmacológicas adequadas.

Por tudo isto classifico o percurso desenvolvido como Muito Bom.



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A Filipa integrou-se na equipa multidisciplinar da [redacted] e face aos objectivos traçados, promoveu o seu cumprimento de forma metódica e sistemática, não se limitando apenas a desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, com dor e sua família, optando sim, por uma posição de integração plena, o que conferiu um maior leque de oportunidades de aprendizagem.

A sua participação nos cuidados prestados, virtude dos conhecimentos/experiências já adquiridas do serviço onde exerce funções, mostrou-se uma mais valia. Demonstra consciência crítica para problematizar a prática profissional e procura desenvolver e implementar estratégias adequadas às necessidades. Desenvolveu competências relacionais que aliadas ao conhecimento teórico, contribuiu para a qualidade dos cuidados, através de pesquisa e reflexão, que culminou com a situação descrita no jornal de aprendizagem.

Neste contexto, a Filipa cumpriu os seus objectivos, integrou-se na equipa de forma a dar o seu contributo à continuidade dos cuidados. Há ainda a salientar as características pessoais que evidenciam iniciativa, sentido de responsabilidade, conhecimentos e segurança, que contribuíram e se reflectiram na qualidade dos cuidados prestados, pelo que considero que desenvolveu um estágio

Data:

Tutor

Assinatura

Orientador

Estudante

Ana Filipa Nunes

Assinatura

Muito Bom.
5/04/2013

Ana Filipa Nunes

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Após o estágio de 2 semanas (50h) na [redacted] a apreciação que faço é bastante positiva.

Inicialmente tive a preocupação de dar a conhecer o meu projeto de estágio à Gnf, Chefe/Orientadora e aos colegas do serviço.

Após a identificação de uma lacuna na área de avaliação do do, preparei e realizei 2 sessões formativas nesta temática, com enfoque na avaliação da dor no doente sedado e ventilado através da BPS, que serviram de ponto de partida para a implementação de um projeto no serviço.

Foi ainda possível desenvolver e mobilizar conhecimentos já adquiridos através da pesquisa bibliográfica e de outros locais de estágio, não só na avaliação de dor mas na cuidados ao doente crítico no geral, aproveitando oportunidades para partilhar esses conhecimentos com os colegas.

Procurei ainda desenvolver e adquirir algumas competências na área da gestão de materiais (colaborando na requisitação das mesmas e na substituição da equipa de ventilação) e de recursos humanos (colaborando na realização dos turnos).

Considero assim que desenvolvi um percurso muito bom.

Data:
19.12.13

Tutor

Orientador

Estudante

Ana Filipa Gomes M. Nunes

Assinatura

[Assinatura]

Ana Filipa Gomes M. Nunes

APRECIACÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Durante o percurso de 2 semanas a par, a Ana Filipa adquiriu competências em gestão de âmbito global:

- gestão de Recursos Humanos
- gestão de equipamentos
- gestão de farmácia
- gestão de conflitos
- gestão de formação entre outras...

No que concerne à formação desenvolveu competências intrínsecas que foram um contributo excepcional para o serviço. Desenvolveu o projeto de avaliação da dor no doente em geral e em particular no doente sedado e ventilado. Formou a equipa, com 2 sessões para implementação do projeto a iniciar em janeiro. Contribuiu para a remodelação do folhe de registo de enfermagem de UCI 2, com inclusão de Escala (BPS).
Apreciação global do estágio de "EXCELENTE"

Data:

Tutor

Assinatura

19/12/2013

Orientador

Estudante

Ana Filipa Sim.

Ana Filipa Sim.



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Durante o estágio no SU entendemos que me integrei bem na equipa e na organização do serviço e dos cuidados.

Procurei vivenciar situações potencialmente enriquecedoras para o percurso e que consti-
tuíssem momentos de aprendizagem, desenvolvendo assim competências no cuidado
ao doente urgente/emergente.

Através da pesquisa bibliográfica e da mobilização de conhecimentos já adquiridos
foi possível prestar cuidados devidamente fundamentados, refletindo criticamente
acerca das situações vividas. -

O tema do projeto em desenvolvimento foi dado a conhecer à equipa, o que garantiu
a aprendizagem e facilitou a consecução de objetivos.

Através de atividades desenvolvidas no estágio como a realização de uma apresenta-
ção acerca do contexto do der em SU e a elaboração de um documento que
justifica a importância/pertinência de um protocolo de analgesia para as pessoas
vítimas de trauma, contribuí para a melhoria da gestão da dor no serviço.

O locus de estágio foi rico em oportunidades de aprendizagem e para o
desenvolvimento de competências no cuidado à PSC e a Enf. Orientadora
foi um elemento facilitador durante todo o processo. -

Data:
14/2/2014

Tutor

Orientador

Assinatura

Ana Filipa Gomes Henriques Alves

Ana Filipa Gomes



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

APRECIACÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A manifestação das competências se realizou bem tanto no espaço físico como na equipa de enfermagem.
Desempenhou o seu trabalho em diversas zonas do serviço, sendo elas, o SO, a zona de atendimento de doentes urgentes, área de urgência, e nas salas de reanimação, desenvolvendo competências na área do doente crítico em contexto de urgência.
Está crescimento foi acompanhado por momentos de reflexão sobre as diferentes práticas de enfermagem.
Durante a sua estadia desenvolveu o seu projecto que tem como foco a dor. Fez um trabalho de sensibilização e reflexão, junto dos enfermeiros, para a importância da avaliação e registos deste sinal vital.

Deixou uma proposta para o serviço a nível da criação de estrutura de um protocolo de analgesia para os diferentes níveis de formação, com isto, demonstrou um claro conhecimento da evidência científica neste campo e os benefícios da sua aplicação na prática. Com o desenvolvimento do seu projecto demonstrou evidência de competências de enfermeiro especialista por ter o que se encontra descrito:

Data:

Tutor

Assinatura

14/2/2014

Orientador

M. T. Gomes

Ana Filipa Gomes Monteiro

Nunes

Artur Lopes